BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/chirurgiedelut00dela

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS

CHIRURGIE

DE

L'UTÉRUS

PAR

Henri DELAGÉNIÈRE

Ancien Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

AVEC 378 FIGURES DANS LE TEXTE.

PARIS
INSTITUT DE BIBLIOGRAPHIE SCIENTIFIQUE
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1898

916
2 N.D. 259

A M. le Professeur TERRIER.

Mon cher Maître,

Vous m'avez toujours aidé de vos conseils dans les travaux que j'ai entrepris jusqu'ici. Ce Livre est le résumé de mes études et de mes idées personnelles sur la Chirurgie de l'Utérus.

Je vous prie donc de bien vouloir en accepter la dédicace, puisqu'il n'est en somme qu'une résultante de votre enseignement.

Henri Delagénière.

PRÉFACE

Nous avons voulu réunir toutes les opérations pratiquées sur l'Utérus, et faire un tout aussi homogène que possible des efforts tentés séparément par les nombreux chirurgiens qui s'occupent de Gynécologie.

Ce travail n'est pas seulement une compilation, mais aussi l'exposé complet de notre PRATIQUE PERSONNELLE. *Cependant nous nous sommes efforcé de garder une impartialité scientifique absolue, puisque, dans l'étude des différents procédés, nous ne nous sommes jamais permis la moindre critique, désireux seulement d'ébaucher, dans la circonstance, l'œuvre de l'historien, et laissant le lecteur se faire sur chaque technique une opinion personnelle.*

Ce livre semblerait donc surtout écrit pour des chirurgiens ; et pourtant notre but n'est pas aussi restreint. Nous espérons que les médecins pourront y puiser des notions précises au sujet des différentes INDICATIONS *de chaque opération.*

Ils pourront en outre se rendre un compte plus exact des RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DE LA CHIRURGIE.

Nous avons multiplié les Figures, indispensables dans ce genre de travaux, autant pour faciliter la compréhension du texte que pour rendre moins pénibles les descriptions arides des différentes techniques.

Nous avons emprunté un grand nombre de ces figures aux Traités de Gynécologie classiques et aux mémoires originaux, et nous avons eu recours à un grand nombre de clichés des Archives Provinciales de Chirurgie, *des* Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, *etc., etc.*

Enfin, nous avons fait faire quelques nouvelles figures pour quelques-uns de nos procédés personnels.

Nous nous sommes abstenu de toute indication bibliographique, pour éviter des surcharges et des redites inutiles, et nous nous sommes contenté d'accoler la date de la publication au nom de l'auteur. Cette simple indication suffira pour permettre au lecteur, désireux d'étudier les travaux originaux, de se procurer facilement, en s'adressant où il convient, l'indication bibliographique exacte ou même le travail désiré.

Notre travail se divise en deux parties : la CHIRURGIE DE L'UTÉRUS ; *et la* CHIRURGIE DE SES LIGAMENTS. *Nous n'avons pas fait de chapitre de* GÉNÉRALITÉS, *parce que ces questions générales sont exposées dans les traités classiques et que c'eût été faire double emploi.*

Du reste, élève du Professeur Terrier, nous sommes partisan résolu *et* exclusif *de l'*ASEPSIE, *que nous cherchons à réaliser par les mêmes moyens que notre maître.*

Nous avons préféré commencer par les opérations faites sur les Ligaments, parce que la plupart de ces opérations ont pour but de remédier aux déplacements de la matrice. Il était donc logique d'apprendre d'abord à modifier les situations vicieuses de l'utérus, avant d'étudier les opérations pratiquées sur l'organe lui-même.

Nous avons subdivisé la Chirurgie de l'Utérus en deux parties :

1° Opérations pratiquées sur l'*Utérus à l'état de vacuité.*

2° Opérations pratiquées sur l'*Utérus gravide.*

Dans chaque partie, nous avons successivement étudié les opérations pratiquées par la voie abdominale, *par la* voie vaginale, *par la* voie périnéale, *et par la* voie sacrée.

Chaque opération a fait l'objet d'un chapitre spécial, où le même plan a toujours été suivi. D'abord la définition et la synonymie de l'opération, puis son historique; enfin sa technique, ses suites et ses indications.

*L'*Historique *a toujours été traité très brièvement, notre but étant moins de faire une œuvre d'érudition qu'un livre pratique.*

La Technique, *au contraire, a été l'objet de tous nos soins. La préparation de la malade, les instruments, les aides constituent autant d'études spéciales.*

Le Manuel opératoire, *décrit avec la désignation* typique *ou* classique, *est celui que nous avons personnellement adopté et que nous suivons dans nos opérations. C'est pour nous l'opération réglée, et c'est à sa description que nous consacrons le plus de détails.*

Nous faisons suivre sa description du résumé des principaux procédés connus.

Pour les Suites opératoires, *nous sommes bref. Nous énumérons les accidents possibles au cours de l'opération ou après l'opération. Et, quand nous donnons notre appréciation sur la gravité d'une opération, c'est toujours d'après des données générales, d'après les résultats de notre pratique, sans jamais faire entrer en ligne de compte cet élément antiscientifique par excellence : la* statistique.

Les INDICATIONS *spéciales de chaque opération sont l'expression d'une opinion personnelle, à laquelle nous nous sommes efforcé d'enlever tout caractère d'absolutisme, lorsqu'il s'agissait d'opérations nouvelles, n'ayant pas encore fait leurs preuves ou n'ayant pas encore été exécutées par nous-même.*

Ce livre est édité par l'Institut International de Bibliographie scientifique. J'ai trouvé en son Directeur, mon ami, M. le Dr Marcel Baudouin, un véritable collaborateur.

Je lui en adresse tous mes remerciements et lui renouvelle, à cette occasion, l'assurance de ma profonde et sincère affection.

Le Mans, le 1er Juillet 1898.

Henri DELAGÉNIÈRE.

CHIRURGIE DE L'UTÉRUS

PREMIÈRE PARTIE

618.13710.8

LES OPÉRATIONS SUR LES LIGAMENTS DE L'UTÉRUS.

INTRODUCTION.

On peut concevoir schématiquement les *Ligaments de l'Utérus* comme des replis péritonéaux, renforcés par endroits par des trousseaux fibro-musculaires, ou ligaments proprement dits, et consolidés par les organes juxtaposés à l'utérus, c'est-à-dire la vessie, les uretères, le rectum et les vaisseaux qui se rendent à tous les organes pelviens.

Ces replis péritonéaux peuvent contenir dans leur épaisseur des *néoplasmes*, émanant des organes de voisinage, annexes, utérus, organe de Rosenmüller, vessie, rectum, etc., ou des *collections purulentes*, provenant d'infections aiguës de ces mêmes organes.
Enfin, ces replis, destinés à maintenir l'utérus en position normale, peuvent, à la suite de grossesses répétées chez des femmes prédisposées ou par effondrement du périnée, devenir trop *lâches* et ne plus remplir leur fonction physiologique.

Le chirurgien a donc à intervenir sur ces ligaments, soit pour enlever un néoplasme, soit pour évacuer une collection purulente, soit enfin pour remédier à leur laxité.

Nous allons nous conformer à ce plan d'ensemble dans l'étude qui va suivre, et, pour mieux faire ressortir chaque opération, nous étudierons séparément les procédés opératoires employés pour chaque ligament.

On ne devra pas oublier que les restaurations ligamentaires doivent souvent *se compléter les unes par les autres* et surtout venir s'ajouter à des autoplasties vaginales et aux interventions abdominales sur les annexes et l'utérus.

Cette remarque faite, nous allons étudier successivement les opérations pratiquées sur les *Ligaments Ronds*, les *Ligaments Larges*, et les *Ligaments Utéro-sacrés*; et, pour chacun de ces ligaments, nous passerons en revue les opérations faites par la voie extra et intra-abdominale, puis celles pratiquées par les voies vaginale, sacrée, périnéale et rectale.

CHAPITRE I.

618.13712.8
LIGAMENTS RONDS.

618.13712.86
§ I. — Opérations par la voie extra-abdominale.

I.

618.13712.86 [≡.2+.5+.7]
Opérations pour tumeurs des ligaments ronds.

1.— **Tumeurs liquides.**— L'*hydrocèle de la femme* se développe dans le canal de Nuck, autour du ligament rond. Son traitement nécessitera une opération spéciale. On a employé successivement :

a) *La Ponction, suivie d'injections modificatrices* [≡.2].

b) *L'Incision de la poche et son tamponnement avec de la gaze iodoformée* [≡.5].

c) *L'Extirpation de la poche*, procédé de choix [≡.7].

Technique opératoire. — A. Procédé classique. — On pratiquera une incision sur le trajet inguinal jusqu'à la poche kystique. On isolera cette dernière sans l'ouvrir, et en se rapprochant de l'orifice interne du canal inguinal, où l'on recherchera les éléments plus ou moins dissociés du ligament rond. Une pince sera placée sur le ligament ; puis la tumeur sera enlevée. On pratiquera une suture du ligament rond aux parois du canal inguinal ; puis on fermera complètement le canal.

La plaie sera drainée, puis pansée, comme une plaie de hernie.

B. Méthode de Volbrecht (1896).— Quand l'hydrocèle est volumineuse et quand le sac remonte très haut, il fait la cure radicale, comme s'il s'agissait d'une hernie. Il *sectionne le canal inguinal* dans toute sa longueur, dissèque, puis résèque le sac, enfin termine en suturant le canal inguinal.

II.— **Tumeurs solides.** — On doit, au point de vue chirurgical, distinguer: celles qui se développent *en dehors* de l'orifice externe, du canal inguinal ou dans le canal lui-même; celles qui ont un développement *propéritonéal*; et enfin celles qui sont développées dans la cavité *abdominale*.

Technique opératoire. — *a*) Les tumeurs, qui seront développées dans le *canal inguinal* ou en dehors, seront extirpées comme s'il s'agissait d'un kyste.

b) Les tumeurs qui présentent un développement *propéritonéal* seront enlevées par une longue incision verticale, croisant obliquement l'arcade crurale. On cherchera avec précaution le *contact* de la tumeur dans sa portion qui répond au canal inguinal; puis on en fera la dissection minutieuse, afin d'éviter d'ouvrir le péritoine, absolument comme s'il s'agissait de l'énucléation d'un fibrome de la paroi abdominale.

c) La tumeur est *intra-péritonéale*. On la prendra souvent pour une tumeur de l'ovaire. Le ventre ouvert, elle sera enlevée en formant un pédicule vers l'angle de l'utérus, et, si c'est utile, en formant un deuxième pédicule près du pubis. Si la présence de cette tumeur a occasionné une rétroversion utérine, on devra y remédier en faisant la fixation abdominale du ligament rond du côté opposé.

II.

618.13712.86.6

Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Définition. — Cette opération a pour but de redresser l'utérus ou de le soulever, en raccourcissant les ligaments ronds par leur partie extra-péritonéale. C'est donc bien un raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds.

Synonymie. — *Opération d'Alexander, d'Alquié-Alexander, d'Alexander-Adams* ; *Hystéropexie ligamentaire* (Cittadini) ; *Utéro-inguinorraphie* (Masse) ; etc.

Historique. — L'idée première de l'opération appartient à Alquié, de Montpellier (1840). Mais la première opération fut tentée par Deneffe en 1864, il est vrai sans succès. — Depuis, cette opération était tombée dans l'oubli, lorsque, en 1881, à deux mois d'intervalle, Alexander et Adams la pratiquèrent, chacun avec un plein succès, et en arrêtèrent la technique. Aussi a-t-on l'habitude en Angleterre de désigner l'opération sous le nom d'opération d'Alexander-Adams ; en France, on y ajoute encore le nom d'Alquié.

Technique opératoire. — La malade aura été purgée la veille, rasée, puis savonnée dans un bain. — Avant de raccourcir les ligaments ronds, on devra avec grand soin remédier aux affections de l'utérus et du vagin, en pratiquant le curettage utérin, les restaurations du col et les plasties vaginales nécessaires.

Comme *instruments*, on devra se munir d'un bistouri, une paire de ciseaux droits, une pince à disséquer, une sonde cannelée, douze pinces hémostatiques, une aiguille de Reverdin courbe, une aiguille courbe à surjet, une sonde d'argent ou un redresseur utérin. Un seul aide sera suffisant ; mais il devra être exercé au palper bi-manuel, afin de pouvoir pratiquer le redressement de l'utérus.

A. Manuel opératoire typique.— La malade sera placée sur une table étroite, le chirurgien à sa gauche et l'aide à sa droite. Ce dernier aura pour mission de réduire l'utérus et d'introduire dans sa cavité une sonde, avec laquelle il maintiendra l'organe contre la paroi.

Quand il sera bien assuré par le toucher bi-manuel que l'utérus est en bonne situation, il préviendra le chirurgien qui commencera

l'opération proprement dite. Ce temps préliminaire de l'opération sera fait par le chirurgien, s'il a eu l'occasion de pratiquer une intervention utérine ou une plastie vaginale. Embrassant le pubis de la main gauche, il recherchera d'abord les deux points de repère nécessaires, les *épines du pubis*.

A quatre ou cinq millimètres en dehors, il fera une *incision* de sept centimètres environ, parallèlement à l'arcade crurale. Cette incision sera faite d'emblée jusqu'à l'aponévrose, dont on devra reconnaître les fibres nacrées. Du bout du doigt, on cherchera l'orifice externe du canal inguinal, puis en haut les fibres arciformes. On sectionnera ces fibres avec les ciseaux et on ouvrira le canal inguinal sur une étendue de deux à trois centimètres. On prendra garde à un filet nerveux blanc, aplati, qui vient du *génito-crural*, et on trouvera, au fond de la gouttière du canal inguinal, d'autant plus facilement qu'on se rapprochera de son orifice interne, un cordon rosé, résistant, qui vient s'insérer en dehors de l'orifice externe du canal inguinal. Ce cordon est le ligament rond. On le *dénudera* vers le milieu du canal inguinal ; on le soulèvera afin de se rendre compte de son point d'insertion et de l'endroit précis où il paraît disparaître dans le ventre. — Le ligament rond de l'autre côté sera dénudé de la même manière.

Quand les deux ligaments seront ainsi dénudés et accessibles, le chirurgien exercera sur chacun d'eux, séparément d'abord, puis simultanément, des *tractions* ayant pour but d'attirer l'utérus de chaque côté, vers les orifices internes des trajets inguinaux. Le doigt introduit dans cet orifice interne peut, dans certains cas, sentir la corne utérine : ce qui est un renseignement certain sur la réduction de l'organe. Dans d'autres cas, on ne sent pas l'angle de l'utérus. Le chirurgien devra alors se baser sur le degré de résistance fourni par le ligament rond. Il devra toujours avoir présent à l'esprit que ce ligament est résistant; que, tant qu'il vient dans la main, c'est qu'il n'est pas tendu. Dans certains cas, il sera tout étonné d'amener hors du ventre cinq, six et même sept centimètres de ligament rond, sans éprouver de résistance. Il ne devra pas croire alors que le ligament a été rompu, mais seulement qu'il n'est pas encore tendu.

Lorsque les ligaments seront *tendus*, on se rendra compte de leur action sur l'utérus en observant les oscillations que pourra présenter la sonde placée dans l'organe.

Il s'agira alors de *fixer* les ligaments ronds dans leur position nouvelle. Cette suture se fera successivement des deux côtés.

On exercera d'abord une traction sur le ligament rond de façon à le tendre, et, avec une aiguille à surjet courbe, munie d'une soie fine, on traversera le pilier interne de l'anneau inguinal, puis le ligament rond, enfin le pilier externe. Ce fil sera noué par dessus le ligament rond. Avec un surjet de catgut, on suturera solidement le ligament rond dans tout le trajet du canal inguinal. Enfin, avec l'aiguille de Reverdin courbe, on placera un dernier catgut prenant point d'appui dans le périoste du pubis et traversant le ligament rond.

Vers l'orifice interne, la séreuse est souvent attirée en doigt de gant. On devra en pratiquer le décollement et la refouler patiemment, avec le doigt et le bout des ciseaux. Si on la déchire, on ne s'en préoccupera pas; on attirera le ligament au dehors, de la longueur voulue, et avec le premier fil de soie placé en bourse on s'arrangera de façon à fermer la *brèche péritonéale*. — Lorsque le ligament rond est ainsi fixé dans toute l'étendue du trajet inguinal, à l'orifice externe de ce conduit et au périoste du pubis, on fera la *résection du bout terminal* devenu inutile. Enfin on *suturera* la peau par dessus. Il sera inutile de drainer.

Le pansement comprend deux parties :

1° *Le pansement de la plaie*, qui n'offre ici rien de spécial : compresses stériles et coton stérile, maintenus au moyen d'un double spica.

2° *Le pansement de l'utérus*. — Ce point paraissait capital; il perd à nos yeux toute importance si les restaurations vaginales ont été faites. Nous nous contentons de faire prendre aux malades trois injections vaginales d'eau stérilisée chaque jour.

Cette pratique n'est pas suivie par la plupart des chirurgiens. C'est ainsi qu'on pourra faire porter pendant un mois un pessaire de Hodge ou un pessaire à tige intra-utérine (Alexander), ou encore se contenter de tamponner le vagin, tous les deux ou trois jours, avec de la gaze iodoformée (Pozzi).

B. Procédés divers. — L'opération, telle que nous venons de la décrire, donne de bons résultats et est d'une exécution facile; c'est pourquoi nous lui donnons la préférence. Mais elle est exécutée de façons très différentes les unes des autres par les différents chirurgiens. C'est pourquoi nous allons étudier successivement les procédés suivants, qui peuvent servir de types.

Nous les diviserons en deux groupes, suivant que l'incision cutanée est *bilatérale*, et par conséquent double, ou au contraire *unique*.

I. — Premier Groupe : **Incisions bilatérales.**

Chacun des ligaments ronds est atteint directement par une incision.

1° Procédé de Imlack (1884). — Cet auteur fait une incision de 1 cent. seulement, à un doigt de largeur de l'épine du pubis; il dissocie la graisse jusqu'à l'orifice du canal inguinal, déchire la lamelle qui le recouvre : ce qui a pour résultat de faire saillir un peloton graisseux dans lequel on cherchera le ligament rond. Ce ligament une fois trouvé est dissocié et attiré en dehors le plus possible. On le suture au pilier interne et au pilier externe; puis on le sépare de ses insertions et on le résèque.

2° Procédé de Chalot (1885). — Le canal inguinal est ouvert dans une étendue de 4 cent.; l'utérus est redressé, simplement en exerçant des tractions progressives sur les ligaments ronds, jusqu'à atteindre un maximum dont on se rend compte à la main. Enfin les ligaments ronds sont suturés dans toute l'étendue du canal inguinal. Après l'opération, l'utérus est abandonné à lui-même. On supprime tout pessaire.

3° Procédé de Segond (1889). — Le ligament rond est fortement attiré au dehors; puis, avec un fil de soie, on le fixe à l'angle supérieur de l'orifice inguinal, puis on le détache du pubis; deux boutonnières longitudinales sont pratiquées en dedans et en dehors en fendant le pilier interne et le pilier externe dans leur longueur. Le ligament est alors attiré d'arrière en avant dans une de ces ouvertures, puis d'avant en arrière dans l'autre, enfin l'extrémité libre ressort dans l'angle supérieur. Le *nœud* ainsi formé est fixé au moyen de quelques points de suture ; enfin on suture les piliers l'un à l'autre.

4° Procédé de Doléris (1889). — Il incise de chaque côté le trajet inguinal, isole les deux ligaments ronds, les détache de leur insertion au pubis, les *entrecroise* sous la peau du pubis, en faisant passer le ligament droit à gauche, et réciproquement, au moyen d'une pince introduite sous la peau. Le ligament rond du côté gauche est d'abord suturé aux piliers gauches, puis celui de droite aux piliers droits. Les deux extrémités libres, réséquées à la longueur convenable et bien avivées, sont enfin suturées l'une et l'autre au moyen du catgut.

5° Procédé de Carpenter (1890). — *Ancrage* des ligaments ronds. — Ces ligaments sont découverts et attirés au dehors autant que possible, pour relever l'utérus. Un fil d'argent passe à travers les

deux piliers et le ligament rond ; puis il est tordu et aplati pour être toléré dans les tissus où il restera indéfiniment. On résèque de la peau de chaque côté ; puis on *fend* les ligaments ronds dans leur longueur ; on écarte les deux moitiés l'une de l'antre et on les suture chacune à un côté de la plaie. Il suffit de fermer cette dernière.

6° Procédé de Newmann (1891).— Très analogue à celui que nous suivons. L'auteur incise tout le trajet inguinal, pour simplifier la recherche du ligament rond.

7° Procédé de Snyers (1897).— Pour être efficace l'opération doit comprendre l'ouverture du canal inguinal dans toute sa longueur, et la traction du ligament jusqu'à l'apparition de l'angle utérin correspondant. Enfin le ligament doit être fixé au canal inguinal tout près de la corne utérine.

8° Procédé de Edebohls (1896).— Le ligament rond est découvert (*Fig.* 1), le canal inguinal incisé dans toute sa longueur. Il isole le ligament (*Fig.* 2), exerce des tractions jusqu'à ce que l'enveloppe péritonéale que lui fournit le ligament large arrive dans la plaie. Il refoule avec le doigt cette enveloppe le plus loin possible (*Fig.* 3),

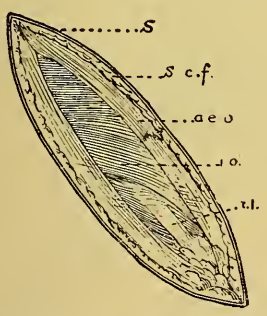

Fig. 1.— Incision longue de 5 cent., intéressant l'aponévrose du grand oblique, ouvrant le canal inguinal de l'orifice externe à l'orifice interne, et découvrant le muscle petit oblique et le ligament rond. — *Légende :* S., peau ; S. *c. f.*, graisse sous-cutanée ; *a. e. o.*, aponévrose du grand oblique ; *i. o.*, muscle petit oblique ; *r. l.*, ligament rond.

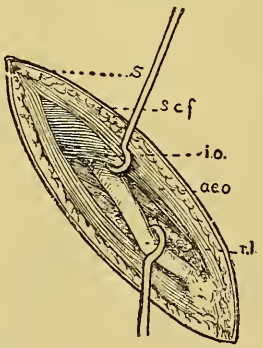

Fig. 2. — Isolement du ligament rond de ses insertions dans le canal inguinal. — *Légende :* S., peau ; S. *c. f.*, graisse sous-cutanée ; *i. o.*, petit oblique ; *a. e. o.*, aponévrose du grand oblique ; *r. l.*, ligament rond.

et termine en fermant la plaie par le procédé de Bassini pour la cure radicale de la hernie inguinale (*Fig.* 4). Un surjet profond ferme le canal inguinal, en traversant le ligament rond à chaque point (*Fig.* 5) ; puis un surjet superficiel suture l'aponévrose du grand oblique (*Fig.* 6).

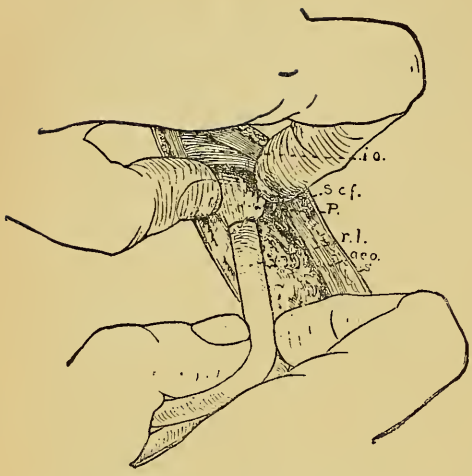

Fig. 3. — Attraction du ligament rond hors de l'abdomen et refoulement de l'enveloppe péritonéale du ligament large.— *Légende* : *i. o.*, petit oblique; S. *c. f.*, graisse sous-cutanée; *p.*, péritoine; *r. l.*, ligament rond; *a. e. o.*, aponévrose du grand oblique; s., peau.

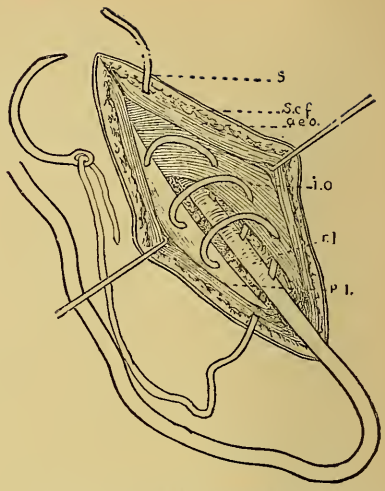

Fig. 4. — Rangée profonde de la suture perdue au catgut (de 40 jours), embrassant le petit oblique et le muscle transverse, les ligaments ronds et de Poupart. — La partie profonde de l'anse supérieure (non visible sur la figure) au niveau de l'orifice interne du canal inguinal qu'elle embrasse.— *Légende*: S., peau; S. c. *f.*, graisse sous-cutanée; *a. e. o.*, aponévrose du grand oblique; *i. o.*, petit oblique; *r. l.*, ligament rond; *p. l.*, ligament de Poupart.

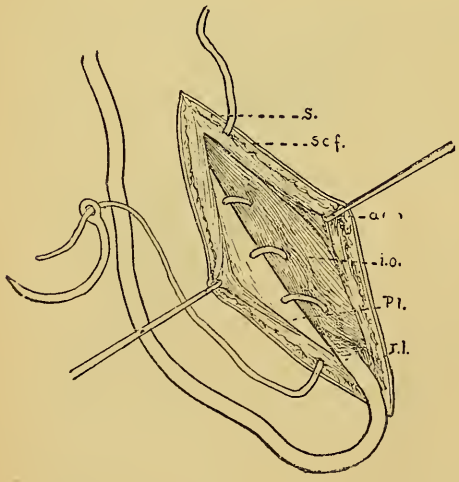

Fig. 5.— Rangée profonde de la suture serrée, oblitérant le canal inguinal.— *Légende* : S., peau; *s. c. f.*, graisse sous-cutanée; *a. e. o.*, aponévrose du grand oblique; *i. o.*, petit oblique; *p. l.*, ligament de Poupart.

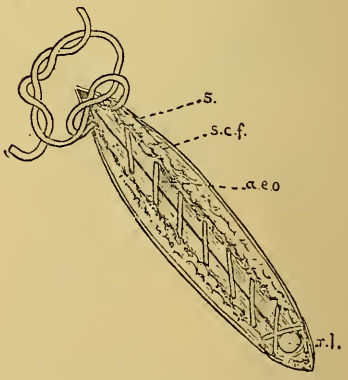

Fig. 6.— Rangée superficielle de la suture perdue au catgut, fermant l'aponévrose du grand oblique et restaurant la paroi antérieure du canal inguinal.

La partie saillante à travers l'anneau et les piliers de l'orifice externe traversés par l'anse la plus inférieure de la suture superficielle. Le nœud lâche, à l'extrémité supérieure, montre la meilleure manière de nouer le catgut perdu pour prévenir le glissement. Par-dessus, peau et graisse sont réunies par une suture au catgut sous-cutanée (1).

(1) Ces clichés sont extraits des *An. de Gynéc.* et nous ont été prêtés par M. Steinheil.

9° Procédé de Kocher (1892). — On pratique une incision sur les deux tiers internes du ligament de Poupart, à 5 millimètres au-dessus de son bord inférieur ; on lie l'artère épigastrique et les veines ; puis on ouvre le canal inguinal. Avec une sonde spéciale, on sépare le ligament rond des muscles de la paroi postérieure du canal inguinal ; on *sectionne les insertions au pubis*, puis on le

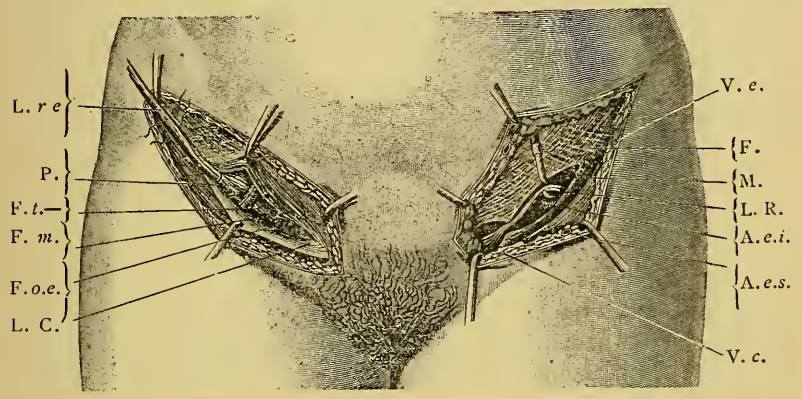

Fig. 7. — Raccourcissement des ligaments ronds, d'après le procédé de Kocher. — *Légende :* V. *e*, veines cutanées ; F, fascia oblique externe ; M , muscle oblique interne ; L. R., ligament rond de l'utérus ; A. *e. i.*, artère épigastrique inférieure ; A. *e. s.*, artère épigastrique superficielle ; L. R. *e.*, ligament rond attiré en haut sur la face externe du fascia oblique externe ; P, cône péritonéal attiré en dehors ; F., *t.*, fascia transversalis ; F., *m*, fascia des muscles profonds de l'abdomen ; F. *o. e*, fascia oblique externe retourné (paroi antérieure du canal inguinal) ; L. C., ligament de Colles.

tend et on le renverse en dehors dans la direction de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette *traction* exercée des deux côtés permet de réduire l'utérus.

On amène souvent un petit cul-de-sac péritonéal en même temps que le cordon. Ce cul-de-sac doit être disséqué et traité comme un sac herniaire.

La *fixation* se fait au moyen de trois points de suture à la soie. Ils prennent l'aponévrose du grand oblique, le ligament rond en le transfixant, et le cul-de-sac péritonéal. Ces trois fils profonds sont placés dans la moitié externe du canal inguinal. On referme alors par une suture profonde le canal inguinal et l'on prend ensemble le ligament de Poupart, avec le bord supérieur de l'incision de l'aponévrose du grand oblique externe, et les muscles oblique interne transverse et son aponévrose. Il faut réséquer de 6 à 8 centimètres du ligament (*Fig.* 7).

10° Procédé de Gottal (1898).— Après avoir ouvert les deux canaux inguinaux et découvert les ligaments ronds, il *restaure la*

paroi postérieure de chaque canal. A cet effet, il passe à travers la peau de la lèvre externe de l'incision un fil d'argent, qui passe sous le canal et va saisir le pilier interne pour revenir, toujours sous le canal, à travers la peau à un centimètre du point d'entrée.

Plusieurs fils sont ainsi placés les uns au-dessous des autres, dans toute l'étendue du canal inguinal. Il remet en place le ligament rond qui est suturé, toujours tendu, dans toute l'étendue du canal inguinal par des fils d'argent prenant la peau, la paroi antérieure du canal inguinal, et traversant le ligament rond. Dans ce procédé tous les fils sont destinés à être enlevés ; ce sont donc des *fils transitoires*.

II. — Deuxième Groupe : **Incision unique**.

Les deux canaux inguinaux sont découverts par une incision unique en forme de croissant.

11° Procédé de Casati (1887).—Casati, le premier, proposa de découvrir par une seule incision courbe les deux anneaux. Cette incision est *concave* en haut : ce qui permet de libérer un lambeau facile à relever. Les ligaments ronds sont recherchés comme à l'ordinaire, epérés avec des pinces, puis croisés au-dessus du pubis après avoir été détachés de leurs insertions. Ils sont ensuite suturés aux parties profondes dans toute leur étendue, au moyen d'un surjet au catgut. Le lambeau cutané est rabattu par dessus et suturé.

12° Procédé de Duret (1893). — Il pratique sur la face antérieure du ventre une incision curviligne concave en haut, destinée à former un lambeau médian, descendant jusqu'au pubis. Ce lambeau est soulevé, les deux canaux inguinaux incisés sur une étendue de 6 cent. Les ligaments ronds sont isolés, puis fortement attirés au dehors ; ensuite ils sont *noués l'un à l'autre* par un double nœud (nœud du chirurgien); enfin le paquet formé par ce nœud est fixé au périoste du pubis par des sutures. On termine en plaçant des points de suture sur toute l'étendue du trajet inguinal. Les deux trajets inguinaux sont suturés au moyen d'un surjet et le lambeau rabattu est suturé en place.

Suites. — L'opération est des plus bénignes, si elle est pratiquée aseptiquement ; les deux plaies seront guéries au bout de huit jours.

Accidents. — Le danger de l'opération ne réside pas dans le risque d'arracher le ligament rond en tirant dessus, mais bien plutôt

dans celui de ne pas le tendre assez. Le résultat de cette faute serait un échec thérapeutique certain. On a accusé l'opération d'Alexander d'exposer à la formation de hernies inguinales, en créant une sorte d'infundibulum du côté de l'abdomen. Cette complication nous paraît facile à éviter, si on prend le soin de bien reconstituer le canal inguinal. On n'observe après cette opération aucun trouble de la miction. — Elle n'entrave pas la grossesse ni l'accouchement (Strassman).

Indications. — L'opération d'Alexander a été employée dans le prolapsus de l'utérus, les rétroflexions et rétrodéviations.— Dans le *prolapsus*, elle est encore plus inefficace que l'hystéropexie abdominale et ne doit jamais être employée que comme opération complémentaire. — Dans la *rétrodéviation* au contraire, quand il n'y aura pas d'affection des annexes et que l'utérus sera mobile, ce sera l'opération de choix ; mais à la condition d'être complétée par une colpopérinéorrhaphie, s'il y a, en même temps que rétrodéviation, un peu de prolapsus ou simplement un relâchement assez considérable des parois vaginales.

618.13712.81

§ II. — Opérations par la voie intra-abdominale.

I.

618.13712.81.6

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par voie abdominale.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus, en raccourcissant les ligaments ronds dans l'intérieur de la cavité péritonéale après laparotomie.

Synonymie. — *Fixation normale* (Bode).

Historique. — L'impossibilité de pratiquer l'opération d'Alexander, dans un cas de rétrodéviation adhérente, donna à Polk (1887) l'idée de faire la laparotomie, d'isoler l'utérus, et de terminer par l'Alexander. — O. Wylie, après avoir détaché les adhérences, fit le raccourcissement des ligaments ronds dans l'abdomen (1889). Vers la même époque Ruggi, Bode, Frank, firent des opérations analogues. Plus tard Polk, Dudley, M. Baudouin, Mann, Jonnesco, etc., modifièrent les procédés.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront ceux de toute laparotomie. Nous n'y insisterons pas. — Il ne faut aucun *instrument* spécial, ainsi que le démontre la liste ci-jointe : un bistouri, une paire de ciseaux droits, une pince à disséquer, une aiguille de Reverdin courbe, une aiguille à surjet courbe et fine, douze pinces hémostatiques petites, douze pinces hémostatiques grandes, un écarteur de la paroi. — Un seul aide sera suffisant ; son rôle sera passif : il se bornera à maintenir les instruments, à tenir la paroi écartée.

A. Manuel opératoire. — La malade sera placée sur le *plan incliné*, le chirurgien à sa gauche, l'aide à sa droite. On pratiquera une incision sous-ombilicale, de 8 centimètres environ, commençant en bas à 2 centimètres du pubis. Le ventre une fois ouvert, le chirurgien réduira l'utérus en le désenclavant, s'il n'y a pas d'adhérences ; en rompant les adhérences, si elles existent. Il s'assurera de la situation des deux ligaments ronds, puis déterminera

leur point d'insertion à l'utérus et celui du pubis. Il saisira alors le milieu d'un ligament rond avec une pince et l'attirera vers la plaie abdominale, de façon à lui faire *décrire une anse coudée* au niveau de la pince. Cette anse coudée sera destinée à être accolée à elle-même, de façon à obtenir le rapprochement l'un de l'autre des deux points extrêmes de l'anse, c'est-à-dire le raccourcissement du ligament rond. Ce raccourcissement devra être proportionné au degré de rétroversion. — Pour l'obtenir, on place avec une aiguille fine à surjet un point de suture à un centimètre de la pince qui tient le ligament. Le fil pénètre à travers le ligament rond à moitié de son épaisseur et de chaque côté de l'anse. Ce 1^er^ fil sera fermé. Un deuxième fil, puis un troisième, seront placés à un centimètre plus bas les uns des autres, de telle sorte que chaque fil amènera un raccourcissement de 2 centimètres. On placera un nombre de fils suffisant pour tendre le ligament et pour maintenir l'utérus en position normale. En général, il faudra 4 fils. Le ligament rond du côté opposé sera traité de la même façon. Le ventre sera alors fermé, en se conformant aux préceptes habituels de toute laparotomie. La plaie sera pansée aseptiquement ; enfin on pratiquera un *tamponnement vaginal*, destiné à soutenir l'utérus, et à éviter qu'il ne tire sur les fils placés sur les ligaments.

B. Procédés divers. — Le manuel opératoire que nous avons adopté n'est qu'une variante des procédés primordiaux de Wylie et Ruggi, que nous allons étudier sommairement, ainsi que les autres procédés qui ont été proposés.

1° Procédé de Wylie (1889). — Chaque ligament rond est saisi

Fig. 8. — Raccourcissement des ligaments ronds par la méthode du *repliement* (Procédé de Wylie). — On voit de chaque côté les deux ligaments repliés et ces replis suturés. (Figure extraite de la thèse de Marcel Baudouin, 1890).

en son *milieu* avec une pince hémostatique, puis attiré dans la plaie abdominale, de façon à former une anse concave en bas. Cette anse

est fermée au moyen de 3 points de suture à la soie (*Fig.* 8), après avoir *avivé la face concave*. On a soin de placer ces sutures en prenant la plus grande épaisseur des ligaments ronds, et on les serre modérément, afin de ne pas sectionner les tissus.

2° Procédé de Ruggi (1888).—Les ligaments ronds sont attirés en dehors par leur *milieu* pour former une anse concave en bas (*Fig.* 9). Cette anse est fermée au moyen d'un surjet, fait avec un fort catgut, en commençant par réunir les deux points extrêmes du ligament (*Fig.* 10), continuant vers le sommet de l'angle, puis redescendant vers son point de départ pour former un surjet double, une sorte de suture du pelletier.

3° Procédé de Bode (1889). — Cet opérateur fait aussi une anse

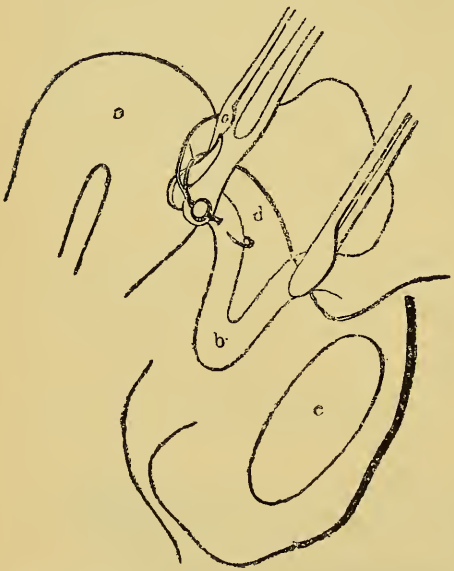

Fig. 9. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par la méthode du repliement (Procédé de Ruggi).
Manière de former l'anse : a, utérus ; *c,* pubis ; *b,* sommet du pli ; *d,* extrémité utérine du pli du ligament rond. On voit, sur la figure, la façon dont on commence la suture, le fil étant fixé déjà. (Figure extraite de la thèse de M. Baudouin).

Fig. 10.— Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé de Ruggi).
Repliement terminé : a, utérus ; *c,* pubis ; *b,* anse repliée. — On voit sur la figure la façon dont est faite la suture. (Suture du pelletier double). (Figure extraite de la thèse de M. Baudouin).

externe, dont il se contente de suturer la base. Il passe un fil dans l'épaisseur du ligament près du pubis et près de l'utérus ; il noue ce fil : ce qui ferme l'anse ; puis il passe le fil dans la corne utérine et le noue encore une deuxième fois.

4° Procédé de Polk (1889). — Le ventre ouvert, il *avive* la face interne des ligaments ronds, à 20 ou 25 millimètres de leur extrémité utérine ; il leur fait décrire une *anse interne* au devant de l'utérus, en les rapprochant l'un de l'autre ; puis il les suture l'un à l'autre au moyen d'un ou plusieurs fils placés à travers les ligaments. Le premier fil doit accoler les ligaments contre la face antérieure de l'utérus ; les autres sont destinés à augmenter le raccourcissement au degré voulu.

5° Procédé de Dudley (1889).— Il avive une portion de la face antérieure de l'utérus, en partant de l'insertion du ligament rond et se dirigeant vers le cul-de-sac utéro-vésical sans l'atteindre. Il isole ensuite les ligaments ronds de leur repli péritonéal et applique cette portion dénudée sur la partie avivée de l'utérus où il les fixe avec des points de suture.

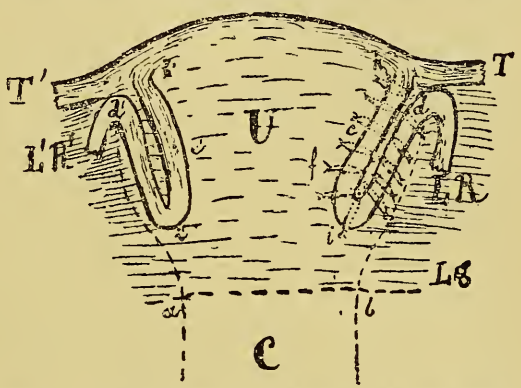

Fig. 11. — Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds (Procédé Marcel Baudouin). — Schéma représentant à gauche l'anse du ligament formée ; à droite, la même anse suturée.

Légende : U, utérus ; — C, col utérin ; T, T', trompes ; L R, L' R', ligaments ronds ; — *h e i d, h' e' i' d'*, anses des ligaments ronds ; — *f*, fils fixateurs de l'anse *h, e, i, d* ; — *L g*, ligaments larges ; — *a b*, ligne de réflexion du péritoine (cul-de-sac utéro-vésical). (Thèse Baudouin, 1890).

6° Procédé Marcel Baudouin (1890) — L'avivement est inutile ; on se contentera de former une *anse interne* par un fil qu'on limitera, placé selon la méthode de Bode ; puis on appliquera cette anse sur la face antérieure de l'utérus, où on la fixera par des points de suture (*Fig.* 11).

7° Procédé de Matthew D. Mann (1895).— Le ligament rond est saisi avec deux pinces, de façon à le diviser en trois parties égales. Le raccourcissement porte sur les deux *tiers externe et interne ;* le tiers médian situé entre les deux pinces ne participe pas au raccourcissement. Pour raccourcir le tiers interne, un fil est passé dans la corne utérine et dans le ligament rond, en dehors de la première pince. Pour le tiers externe, le fil est passé en dedans de la 2e pince à travers le ligament rond, puis dans la paroi abdo-

minale, dans le point où le ligament rond disparaît dans le canal inguinal.

8° Procédé de Jonnesco (1897). — Il raccourcit les ligaments ronds comme Wylie; mais il fait en outre une *cunéo-hystérectomie*, pour remédier à la rétrodéviation.

Suites. — Les suites opératoires ne présenteront rien de particulier, le raccourcissement des ligaments ronds par voie abdominale constituant une opération bénigne. Pendant l'opération, on devra *serrer* les fils *avec précaution*, afin de ne pas risquer de sectionner les tissus. Cet accident serait du reste sans importance, le chirurgien ayant la ressource extrême de pratiquer l'hystérectomie abdominale. — Enfin Wylie a signalé la blessure possible de la vessie ou de l'uretère (?).

Indications. — Le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds sera rarement une opération indiquée. En effet, elle ne présente d'indication que dans les *rétroversions* et *rétroflexions* utérines. Or, si ces déviations sont réductibles et facilement coërcibles, elles doivent être traitées par l'opération d'Alexander ; si au contraire elles sont irréductibles et nécessitent la laparotomie, il est probable qu'on trouvera des adhérences anciennes, des lésions plus ou moins étendues des annexes, et, dans ces cas, la castration abdominale totale trouvera ses indications. Ou bien, après la libération des adhérences, on cherchera une fixation plus solide et on préfèrera l'hystéropexie. L'opération de Wylie trouverait donc son indication dans les cas d'*adhérences postérieures* peu étendues, mais serait surtout utile comme opération complémentaire au cours d'une opération abdominale quelconque, lorsqu'on aura trouvé l'utérus mobile, rétroversé ou rétrofléchi.

II.

618.13712.81.8

Fixation abdominale des ligaments ronds.

Définition. — Cette fixation a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus, en fixant cet organe à la paroi par l'intermédiaire du ligament rond.

C'est donc en réalité une *Hystéropexie abdominale indirecte* (1).

Historique. — Olshausen et Saënger paraissent avoir été les premiers à préconiser l'hystéropexie abdominale indirecte, sous le nom de méthode de *sutures bilatérales et symétriques*; mais ils ne fixaient qu'*accessoirement* le ligament rond. — Ce n'est que tout récemment (1897) que Charles Beck (de New-York) a décrit une *fixation réelle du ligament rond* à la paroi.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour toute laparotomie. — Aux *instruments* habituels, on ajoutera une aiguille de Deschamps.

A. Manuel opératoire, d'après Ch. Beck. — La malade sera opérée sur le *plan incliné*. Après ouverture de la paroi sur la ligne médiane, et après avoir remédié aux affections annexielles, un des ligaments ronds sera saisi avec une pince à 2 ou 3 centimètres de son insertion sur l'utérus. Avec le bistouri, on pratique sur ce ligament une incision de la séreuse (*Fig.* 12), longue de 2 ou 3 cent. et parallèle à sa direction. Par cette boutonnière séreuse on isole le ligament rond et on l'attire au dehors, de façon à former une anse qu'on maintient écartée avec l'aiguille de Deschamps (*Fig.* 13). On réunit les lèvres de la boutonnière au-dessous de l'anse formée; puis en attirant l'anse du ligament dans l'ouverture abdominale, on réunit au-dessus de cette anse les différents plans de la paroi, péritoine, aponévrose. En arrivant à la peau, on suture le ligament rond lui-même dans l'épaisseur du derme par une suture intradermique (*Fig.* 14).

L'utérus se trouve donc soulevé par un de ses ligaments ronds : ce qui détermine une légère inclinaison latérale sans importance. Si

(1) Nous ne décrivons ici que les fixations se faisant par l'intermédiaire des ligaments ronds seuls ou associés à *d'autres ligaments*. — Les autres, qui se font par l'intermédiaire des *annexes*, doivent être étudiées avec l'*Hystéropexie indirecte* en général.

l'on voulait donner plus de solidité à la fixation, on pourrait traiter de la même façon les deux ligaments ronds.

La plaie sera pansée comme d'habitude.

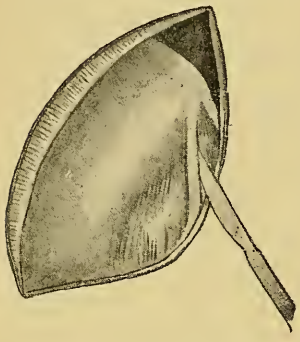

Fig. 12.— Procédé de Beck.— Isolement du ligament rond gauche.

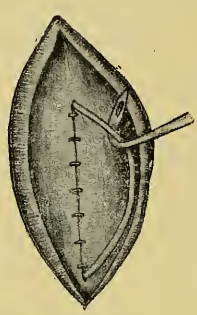

Fig. 13. — Ligament rond isolé et suture du péritoine (Procédé de Beck).

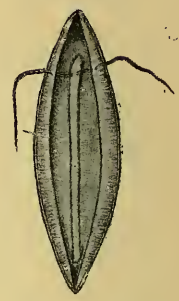

Fig. 14.— Procédé de Beck. — Suture du ligament rond à la peau.

B. Procédé indirect de Olshausen-Saenger.— Les sutures portent sur le *ligament rond* et sur le *bord interne des ligaments larges* (*Fig.* 15). Elles sont destinées à appliquer les cornes utérines contre la paroi. L'aiguille est passée d'abord le long de l'utérus autour du ligament rond ; puis elle est enfoncée à quelques centimètres en dehors dans la paroi abdominale, mais en dedans de l'artère épigastrique, dont on a reconnu la présence avec le doigt. Les deux chefs du fil fixateur sont ainsi passés successivement à travers la paroi sur laquelle on les lie l'un à l'autre.— Au-dessous du premier fil fixateur, on en place deux autres, toujours à l'extrémité des cornes utérines, à la naissance des ligaments ronds. La paroi abdominale est refermée ensuite, comme d'habitude.

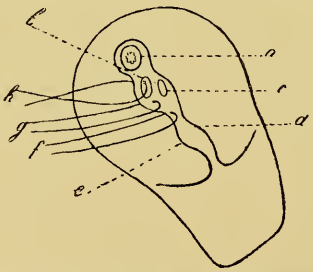

Fig. 15. — Raccourcissement des ligaments ronds d'après le procédé d'Olshausen-Saënger.
Schéma de la disposition des fils fixateurs.
Légende : *a*, trompe ; *b*, ligament rond ; *c*, ligament de l'ovaire ; *d*, feuillet postérieur du ligament large ; *e*, feuillet antérieur du ligament large ; *f*, *g*, *h*, fils fixateurs ; *h*, fil fixateur *spécial au ligament rond*.

Suites. — Les suites opératoires seront simples. La fixation elle-même ne constitue pas une opération grave ; elle rentre dans la catégorie des laparotomies simples.

Indications.—Cette opération n'a sa raison d'être que comme opération complémentaire, lorsque le ventre aura été ouvert pour une autre raison. Elle constitue un des moyens les plus simples et les plus exempts de dangers ultérieurs pour remédier aux *déviations de l'utérus*.

Nous lui préférons cependant le raccourcissement bi-latéral des ligaments ronds et ne conseillerons d'y avoir recours que si, en même temps qu'une rétrodévation, il y avait abaissement de l'utérus par effondrement du périnée. Par l'opération de Charles Beck, l'utérus se trouve plus solidement soutenu ; il est comme suspendu.

618.13712.82

§ III. — Opérations par la voie vaginale.

I.

618.13712.82.6

Raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale.

Définition.— Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus en raccourcissant les ligaments ronds, dans l'intérieur de la cavité péritonéale, après colpotomie antérieure.

Historique. — L'idée de cette opération est due à Bode et à Wertheim (1896); ce dernier la considérait seulement d'abord comme un complément de la vagino-fixation des ligaments ronds. Elle fut exécutée avec succès par Schauta et Mikucki (1897).

Technique opératoire. — Les préparatifs seront ceux de toute intervention vaginale. La malade aura été préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale ; elle aura été rasée complètement, savonnée dans un bain ; puis le vagin aura été désinfecté avec soin au moyen de solutions antiseptiques concentrées, alcool sublimé à 1 o/o, ou teinture d'iode.— Aucun *instrument* spécial ne sera nécessaire ; il suffira d'avoir à sa disposition un bistouri ou le thermocautère, une paire de ciseaux droits, deux écarteurs, six pinces hémostatiques longues, une fine aiguille courbe.

A. Manuel opératoire typique. — Le col sera saisi avec une pince à abaissement et fortement abaissé. Le *cul-de-sac vaginal antérieur* sera *incisé* transversalement, tout près du col, avec le bistouri. L'incision devra comprendre toute l'épaisseur du vagin. Avec le doigt, on décollera ensuite progressivement la vessie de l'utérus, en prenant bien soin de ne pas quitter le col de l'utérus. Lorsque la vessie sera isolée et que le doigt arrivera au cul-de-sac péritonéal, la séreuse sera ouverte soit avec le doigt, soit avec les ciseaux. D'emblée cette ouverture péritonéale devra être très large, afin de permettre d'agir facilement et sûrement. Lorsque le péritoine sera ouvert, on procèdera au redressement de l'utérus, en tirant d'une

part sur le col et d'autre part en accrochant l'organe avec un doigt passé dans le cul-de-sac péritonéal ouvert. Si ces manœuvres ne suffisent pas, on pourra introduire dans le col une pince hémostatique fermée, une bougie d'Hégar, et s'en servir comme d'un redresseur. Dès que l'organe sera redressé, on cherchera avec le doigt l'insertion du ligament rond de chaque côté. On saisira successivement chaque ligament avec une pince et on l'attirera dans la plaie vaginale, en lui faisant former une *anse* d'une longueur variant, avec les cas, de trois à cinq centimètres. Cette anse sera accolée à elle-même, au moyen d'un fin *surjet* à la soie, de telle sorte que le ligament se trouvera raccourci de six à dix centimètres. Ce raccourcissement effectué de chaque côté, l'utérus est refoulé en arrière, et le vagin suturé avec un surjet de catgut.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de E. Bode (1896). — Le cul-de-sac vaginal antérieur et le cul-de-sac vésico-utérin sont largement ouverts. L'utérus est attiré en dehors par des *crochets*. On passe ensuite un fil de soie dans l'*épaisseur du ligament rond* à un centimètre en dehors de son insertion sur l'utérus. Le fil est lié ; puis on le fait pénétrer dans le ligament rond à cinq ou six centimètres en dehors de l'utérus. Ce premier fil est repéré, pendant qu'on place le fil du côté opposé de la même façon. On réduit alors l'utérus ; puis on noue les fils qui sont ensuite coupés ras. Enfin, on pratique un surjet sur le cul-de-sac péritonéal, puis sur l'incision vaginale.

2° Procédé de J. Godinho (1896). — Il ouvre le cul-de-sac vaginal antérieur par une incision transversale, décolle la vessie de l'utérus et ouvre le péritoine. Avec un *index* dans la séreuse et l'autre *index* dans le vagin sur le col, il fait basculer l'utérus en avant, passe un fil à travers un ligament rond à un centimètre de l'utérus, *noue ce fil autour du ligament rond*, repasse le fil dans le même ligament rond, huit centimètres plus loin. Il place dans l'autre ligament rond un deuxième fil de la même façon ; il réduit l'utérus, noue les fils et ferme l'incision vaginale.

Ce procédé ne diffère en somme du précédent que par quelques points de détail insignifiants.

Suites. — Les seuls accidents possibles seront ceux de la colpotomie antérieure : blessure de la vessie, des uretères, etc. On devra prendre le plus grand soin de ne pas saisir avec la pince, en même temps que le ligament rond, l'origine de la

trompe, et surtout de ne pas confondre la trompe et le ligament rond : erreur facile à commettre, en raison de la profondeur à laquelle on doit opérer.

Indications.— Cette opération peut se trouver indiquée dans certains cas de *rétrodéviations réductibles*.

Elle a l'avantage sur le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par la voie abdominale de ne laisser aucune cicatrice abdominale.

Elle permet d'apprécier l'état des annexes, ce que ne donne pas l'opération d'Alexander ; enfin ,sur tous les procédés de pexies vaginales, elle présente les avantages suivants : les ligaments peuvent facilement s'allonger pendant la grossesse, qui devient possible, et la vessie, après l'opération, reste en situation normale au lieu de devenir postéro-supérieure par rapport à l'utérus.

II.

618.13712.82.8

Fixation vaginale des ligaments ronds.

Définition. — Cette opération a pour but de fixer les ligaments ronds à la paroi vaginale pour maintenir l'utérus en antéversion.

C'est donc une *Vagino-fixation indirecte.*

Historique. — L'idée de cette opération paraît appartenir à Schauta; mais elle a été exécutée et vulgarisée par Wertheim(1896), Vineberg, Hall, etc.

Technique opératoire.— La malade sera préparée avec le même soin que s'il s'agissait de pratiquer l'hystérectomie vaginale : purgation l'avant-veille, savonnage complet dans un bain la veille, et rasage des poils du pubis et des grandes lèvres.

Comme *instruments*, deux écarteurs vaginaux, une pince à abaissement, une aiguille de Deschamps, une aiguille courbe de Reverdin, quatre ou cinq pinces hémostatiques longues, suffiront.

Manuel opératoire, d'après Wertheim. — La malade sera placée dans la position de la taille, les cuisses fortement soulevées. Le col sera saisi par sa lèvre antérieure et vigoureusement abaissé. Une *incision* en Ω sera faite dans le cul-de-sac antérieur, en empiétant de chaque côté dans les culs-de-sac latéraux. On décollera avec le doigt la vessie et les uretères du col utérin ; puis on ouvrira la séreuse transversalement, dans la plus grande étendue possible. L'utérus sera réduit au moyen des doigts, l'index gauche accrochant le fond de l'organe par l'ouverture péritonéale, pendant que l'index droit refoule en arrière le col utérin. La bascule de l'utérus en avant n'est pas toujours aisée. Si l'on éprouve quelques difficultés, on devra chercher à accrocher un des ligaments utérins près de l'angle de l'utérus, avec l'aiguille de Deschamps. Le fond de l'utérus devra être amené dans la plaie vaginale. On recherchera alors avec soin l'*insertion du ligament rond* sur l'utérus ; on placera un fil de soie au-dessous du ligament rond et en rasant l'angle utérin. Un fil semblable sera placé sous le ligament rond du côté opposé. Ceci fait, le chef postérieur de chacun des fils sera

passé à travers la *paroi vaginale*, dans l'angle d'incision. En fermant les fils, on amène donc le ligament rond et l'angle de l'utérus au contact du vagin. — On termine l'opération en pratiquant la suture de la plaie vaginale avec un surjet de catgut. On fait un tamponnement vaginal, qu'on laissera deux jours ; puis on prescrira les injections vaginales.

Suites. — Les accidents seront les mêmes que pour toute colpotomie antérieure : blessure des uretères, de la vessie, des intestins ; infection du péritoine pelvien.

Les complications ultérieures seront celles des vagino-fixations, mais un peu atténuées ; cependant on pourra observer de la dysurie, de la dystocie, ou même l'avortement.

Indications. — Les indications seront des plus restreintes. L'opération ne devra jamais être que complémentaire, lorsque, par exemple, on aura pratiqué une colpotomie antérieure ou postérieure, pour détacher des adhérences pelviennes et qu'on aura en même temps à remédier à une *rétroversion* de l'utérus.

CHAPITRE II.

618.13711.8
LIGAMENTS LARGES.

618.13711.81
§ I. — Opérations par la voie intra-abdominale.

I

618.13711.81.5
Ouverture et Drainage des ligaments larges par l'abdomen.

Définition. — L'opération consiste à aborder le ligament large par voie abdominale. Si l'abcès est superficiel, l'incision est faite directement ; s'il est profond, l'incision peut être *parapéritonéale* ou *transpéritonéale*.

Historique.— L'incision directe de l'abcès du ligament large, devenu superficiel, est ancienne ; et son histoire se confond avec celle des abcès de la fosse iliaque. Mundé paraît un des premiers s'être occupé de la question. Il classa les cas et indiqua une technique rationnelle.—Lawson Tait préconisa la laparotomie et le traitement *transpéritonéal* du ligament large, lorsque l'abcès du ligament large était à égale distance de la paroi abdominale et du vagin. Pozzi, pour les mêmes cas, proposa, pour atteindre l'abcès, de pratiquer la *laparotomie sous-péritonéale*.

Technique opératoire.— La malade sera préparée comme pour subir la castration abdominale totale. — Les mêmes *instruments* seront nécessaires, car cette opération pourra se trouver indiquée au cours de l'opération.

A. Manuel opératoire classique.—Au point de vue pratique, deux cas peuvent se présenter.

1° *L'abcès est proche de la paroi abdominale.* — La fluctuation sera sentie au-dessus du ligament de Poupart. On fera au-dessus de ce ligament une incision parallèle à sa direction et longue de 6 à 8 centimètres. On pénétrera couche par couche jusqu'à l'abcès qui sera ponctionné, et, avec le doigt, on explorera avec soin sa cavité. Si le doigt pénètre profondément, on se rendra compte de la distance qui sépare le fond de l'abcès du cul-de-sac vaginal.—Si cette distance est peu considérable, on *perforera*, par l'intérieur de l'abcès, le *cul-de-sac vaginal* avec une pince pointue avec laquelle on ramènera un gros drain, qui ressortira par la plaie abdominale.—Si l'abcès est, au contraire, éloigné du vagin et, par suite, peu profond, on fera un grand lavage de sa cavité, on y placera un gros drain et l'opération sera terminée.

2° *L'abcès est éloigné de la paroi abdominale.* — Dans ces cas-là l'obscurité du diagnostic doit faire adopter la technique suivante. L'abdomen est ouvert sur la ligne médiane dans une étendue de 8 cent., afin de permettre une exploration du bassin, des annexes de l'utérus et des ligaments larges. Le pus est collecté dans le ligament large et uniquement dans ce ligament ; les annexes sont saines. Dans ce cas, à l'aide d'un appareil aspirateur, on évacue le liquide du ligament large. On protège exactement les anses intestinales avec des compresses ; puis on *ouvre la cavité purulente;* avec le doigt on reconnaît ses connexions avec le vagin, dont on détermine la situation exacte. Avec une pince hémostatique pointue, on *perfore le cul-de-sac du vagin*, et on place dans la cavité de l'abcès un drain en T, dont on fait ressortir l'extrémité par le vagin. L'ouverture faite au ligament large est alors *suturée* avec le plus grand soin au moyen de deux surjets superposés. Si l'inoculation du péritoine est à craindre, on placera un drain dans le Douglas ; puis on fermera la paroi à trois étages comme d'habitude.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Lawson Tait (1889). — Il fait une laparotomie médiane, ponctionne l'abcès, et l'attire dans la plaie abdominale, où il le fixe avant de l'ouvrir. Il l'ouvre alors, lave sa cavité et le marsupialise.

2° Procédé de A. Martin (1889). — Le ventre ouvert et l'abcès ponctionné, Martin introduit par la vulve une pince de Wölfler, avec laquelle il *perfore le cul-de-sac vaginal*, pénètre dans la cavité de l'abcès, saisit un drain en T qu'il ramène dans le vagin.

3° Procédé de Hégar (1885). — Cet auteur propose pour les abcès profonds de faire l'*opération en deux temps*. Dans un premier temps, le ventre est ouvert, la poche de l'abcès est découverte; puis, entre cette poche et l'ouverture de la paroi, on établit un tamponnement destiné à provoquer des adhérences périphériques et à créer une sorte de canal par lequel on ouvrira l'abcès et on le drainera 4 ou 5 jours plus tard.

4° et 5° Procédés de Pozzi (1886) et de Bardenheuer (1887). — Pour éviter l'inoculation du péritoine par le pus de l'abcès, on pratique, au-dessus de l'arcade de Fallope, une incision de 8 à 10 centimètres. On décolle couche par couche jusqu'au tissu cellulaire *sous-péritonéal*, refoule la séreuse avec les doigts, comme s'il s'agissait de lier l'artère iliaque externe. On arrive ainsi peu à peu jusqu'à l'abcès qu'on incise et dans la cavité duquel on place deux drains en canons de fusil et que l'on fait ressortir par l'incision.

Suites. — L'inoculation de la séreuse péritonéale est la complication la plus redoutable et la plus fréquente. La blessure de la vessie a été observée dans certains cas de drainage abdomino-vaginal (Mundé). La déchirure de la poche, dans le cas de friabilité très grande, serait une indication de pratiquer la castration abdominale totale.

Indications. — Tous les *abcès* du ligament large qui sont sentis par le palper abdominal seul doivent être ouverts par l'abdomen. On doit encore donner la préférence à la voie abdominale, chaque fois que le diagnostic laissera quelque doute dans l'esprit, c'est-à-dire chaque fois que l'abcès sera aussi éloigné du vagin que de la paroi abdominale.

II.

618.13711.81.7

Décortication et Extirpation des Tumeurs du Ligament large par voie intra-abdominale.

Définition. — Par décortication, nous entendons l'énucléation, hors du ligament large, des tumeurs solides ou liquides, qui y sont contenues, après ouverture du ventre.

Synonymie. — *Enucléation intra-ligamentaire. Enucléation sous-péritonéale.*

Historique. — Les *kystes* du ligament large furent d'abord confondus avec les kystes de l'ovaire; ils constituaient ces kystes non opérables, pour lesquels on imagina la marsupialisation de la poche à la paroi (Clay, Spencer Wells, Péan (1869), etc.). Miner fut le premier qui démontra la possibilité d'énucléer ces kystes et qui recommanda cette pratique (1876). Les mêmes remarques furent faites pour les *fibromes* inclus dans le ligament large par F. Terrier (1883), Hégar et Kaltenbach (1885), A. Kelly (1886), etc., et surtout Vautrin (1895).

La différenciation des kystes du ligament large en kystes hyalins et kystes papillaires permet de les classer en kystes hyalins, toujours énucléables, auxquels on peut ajouter les kystes hydatiques (Lemonniet, 1896), et en kystes papillaires, la plupart du temps inopérables, et pour l'énucléation desquels l'hystérectomie abdominale totale a été proposée comme temps préliminaire de l'opération (H. Delagénière, 1897).

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir une laparotomie; en outre, comme l'hystérectomie abdominale totale peut se trouver indiquée au cours de l'opération, le vagin aura été désinfecté avec le plus grand soin.

Les *instruments* seront les mêmes que pour une hystérectomie abdominale totale; car cette opération pourra être nécessitée dans le cas de kyste papillaire, ou s'il s'agit d'une tumeur fibreuse de l'utérus incluse dans le ligament large. On préparera donc 12 pinces hémostatiques petit modèle, 18 pinces hémostatiques grand

modèle, 2 pinces clamp droites et 2 coudées, 6 pinces à kystes, 6 pinces de Kocher, 2 pinces à abaissement (*Fig.* 16), enfin bistouri, ciseaux, aiguille de Reverdin courbe, aiguille de Deschamps, aiguilles à surjet et trocart aspirateur.

Fig. 16. — Mors de pinces à abaissement.

On aura un grand nombre de tampons, éponges, et de l'eau stérile chaude en quantité suffisante pour pratiquer un lavage du péritoine.

Manuel opératoire typique. — Nous distinguerons quatre cas.

1° *Kystes parovariens hyalins.* — Ces kystes n'ont pas de pédicule. Lorsque la cavité péritonéale est ouverte, il faudra avec le doigt, ou même avec la main introduite dans l'abdomen, chercher à faire le diagnostic du kyste inclus. La plupart du temps, on les reconnaîtra à leur aspect: paroi mince, transparente, couverte de fines arborisations, absence de poches secondaires, etc. La poche n'adhère pas à la surface du kyste; on peut donc la plisser entre deux doigts, et y faire une ouverture d'un coup de ciseaux. Cette ouverture donnera accès sur la paroi du kyste, qu'on isolera avec le doigt dans une certaine étendue. Avec le trocart, on ponctionnera le kyste dans la portion dénudée et on évacuera le plus de liquide possible. Quand la poche se videra, il sera facile de saisir la paroi du kyste avec des pinces à kystes, dont on se servira désormais pour attirer le kyste au dehors au fur et à mesure de la décortication. Cette *décortication* se fait habituellement très facilement avec le doigt. On s'aide de temps à autre du bout des ciseaux fermés. Si quelque vaisseau important est sectionné, on doit le repérer immédiatement avec une pince. La décortication doit être poursuivie jusqu'à ce que la poche soit extraite en entier. Le ligament large revient sur lui-même, de sorte que la cavité qui contenait le kyste s'efface pour ainsi dire seule. Si le kyste est enflammé, la décortication est plus difficile, en raison des adhérences de la poche au péritoine. Il faudra dans ces cas faire sur le kyste une longue incision du ligament large, puis procéder méthodiquement et avec patience. On arrivera ainsi toujours au but et sans faire courir des risques d'infection à la malade, ainsi qu'on le ferait en ouvrant le kyste, et en agissant à la fois sur la face interne et sur la face externe de la poche. Quand la poche sera enlevée, on pratiquera la ligature des vaisseaux qui auront été pincés au cours de l'opération et l'on procèdera au traitement du ligament large. En général il suffira d'en faire la *suture* au moyen d'un surjet dont les points prennent en faufilé le tissu cellulaire saignant. Si malgré cette

précaution on craignait une accumulation de liquide dans la poche, on pratiquerait un drainage vaginal (A. Martin) ou un drainage abdominal (F. Terrier). La paroi abdominale sera fermée comme à l'ordinaire.

2° *Kystes de l'ovaire inclus en partie dans le ligament large.* — Lorsque l'abdomen sera ouvert et le kyste reconnu, on en fera la ponction et on l'attirera hors du ventre. On protègera avec soin les anses intestinales qui seront tenues éloignées du champ opératoire en mettant la malade dans la position déclive. Avec le bistouri, on pratiquera sur la partie saillante du kyste une incision circulaire, qui n'intéressera que la séreuse et préparera la formation d'une collerette. Cette collerette sera alors isolée de la face externe du kyste ; les vaisseaux importants seront repérés et sectionnés au fur et à mesure ; enfin avec patience on pédiculisera la tumeur vers l'angle de l'utérus correspondant.

3° *Kystes papillaires du ligament large.* — Ces kystes sont à parois épaisses et à contenu puriforme avec des végétations. Ils sont habituellement très adhérents et leur paroi est très vasculaire. L'*extirpation* de ces kystes est des plus laborieuses, souvent même impossible par les procédés habituellement employés. Nous enlevons ces kystes papillaires, en pratiquant au préalable l'*hystérectomie abdominale totale*, qui nous crée ainsi une sorte de brèche d'accès centrale pour aborder le kyste. Voici du reste la technique *in extenso*.

Une incision médiane partant du pubis remontera jusqu'à l'ombilic, le ventre sera ouvert et la tumeur exposée comme dans une ovariotomie simple. A la vue, au toucher, on reconnaîtra qu'on a affaire à un kyste intraligamentaire et on se préparera à faire la ponction. Cette ponction sera faite comme à l'ordinaire et aussi complète que possible.

L'examen du liquide permettra de reconnaître si l'on est en présence d'un kyste papillaire ou d'un simple kyste hyalin. Du reste ce diagnostic différentiel sera confirmé par un examen approfondi des parois du kyste : celles-ci sont minces et uniformes dans le kyste hyalin ; elles sont épaisses dans le kyste papillaire et se perdent en bas dans une masse épaisse et charnue qui remplit le bassin. Ce diagnostic établi, quand on sera certain d'être en présence d'un kyste papillaire, on procèdera immédiatement à l'ablation de l'utérus, dans le but de créer une brèche par laquelle le kyste deviendra accessible.

La recherche de l'utérus n'est pas toujours facile. L'organe est déformé, souvent aplati, rejeté d'un côté ou de l'autre; son fond se perd dans les replis de la masse charnue. Pour le reconnaître, on devra saisir avec une pince de Museux la partie de la tumeur que l'on considère comme le fond de l'utérus. On exercera une traction énergique en haut et en maintenant l'organe ainsi suspendu, ou reconnaîtra par le palper la situation et l'existence du col; l'opération sera alors commencée, toujours en maintenant l'utérus fortement soulevé.

Sur la face antérieure de l'organe, tout près du fond, on pratique une incision transversale qui n'intéresse que la séreuse et qui suit bien exactement le muscle utérin, dans la crainte d'ouvrir la vessie. Avec le doigt on décortiquera la face antérieure de l'utérus aussi bas que possible ; on pratiquera alors une incision transversale postérieure plus basse que la précédente, c'est-à-dire en se rapprochant du col. Par cette incision transversale, on décollera le col avec les ciseaux jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur; ce cul-de-sac sera ouvert avec le bistouri et le vagin sera repéré. L'utérus sera ensuite rapidement libéré sur les côtés.

Des pinces hémostatiques seront placées sur les vaisseaux qui saigneront; trois ou quatre pinces de chaque côté suffiront. On terminera l'ablation de l'organe en incisant le vagin tout autour du col avec des ciseaux.

Lorsque l'utérus sera enlevé, il existera une brèche centrale dans laquelle, du côté du kyste, on verra apparaître les parois de la tumeur, comme le placenta se présente dans le col utérin au moment de la délivrance. On placera des pinces à kystes sur cette portion visible et accessible de la tumeur, puis avec le doigt on commencera l'énucléation. Une section complémentaire de la séreuse sera nécessaire pour faciliter cette énucléation, à laquelle on procèdera avec patience, en suivant tous les contours du kyste, tous ses prolongements, aussi bien entre les feuillets du ligament large que dans le tissu pelvien sous-péritonéal. On arrivera ainsi à enlever toute la masse et à évider complètement le bassin.

Lorsque la tumeur sera enlevée, on devra procéder à l'hémostase; les artères utérines seront liées de chaque côté avec un fil de soie passé dans la paroi vaginale. Quelques catguts suffiront pour assurer l'hémostase des autres artérioles coupées.

La cavité péritonéale sera reconstituée avec le plus grand soin, le ligament large évidé sera suturé au moyen d'un surjet; le drainage de ce ligament sera inutile, puisque l'intervalle compris entre les deux feuillets communique au centre avec le vagin. On termi-

nera en adossant le péritoine antérieur au péritoine postérieur au niveau de la brèche utérine. Un drain sera placé dans le cul-de-sac de Douglas, puis le ventre suturé comme à l'ordinaire, au moyen de trois rangées de sutures.

4° *Tumeurs solides du ligament large.* — Les unes n'ont pas de pédicule et sont libres dans le ligament large : leur *décortication* ne présente rien de particulier. Elle est simple et facile. Après la décortication, le ligament large est traité comme après l'extirpation d'un kyste hyalin.

La plupart des tumeurs solides du ligament large sont des fibromes nés de l'utérus et par conséquent plus ou moins pédiculisables sur cet organe, lorsque la décortication a été faite. On peut dans ces cas se contenter d'énucléer le fibrome du ligament large, en liant les vaisseaux du pédicule ; ou, au contraire, pratiquer l'hystérectomie abdominale totale si le pédicule est trop volumineux, s'il paraît trop vasculaire, ou s'il existe d'autres noyaux fibreux dans l'utérus.

Suites. — La décortication des kystes hyalins et des tumeurs solides non pédiculées des ligaments larges constituent une des opérations les plus bénignes de la chirurgie abdominale.

Les kystes adhérents et les tumeurs solides pédiculées exposent aux blessures de l'uretère du côté correspondant. Les hémorrhagies secondaires peuvent se faire dans la poche suturée du ligament large (Sänger). Il ne faudrait pas dans ce cas hésiter à pratiquer une colpotomie ou même à rouvrir le ventre.

Indications. — La décortication est l'opération de choix pour les *kystes hyalins*, et pour les tumeurs non pédiculées, telles que *lipomes*, certains *fibromes*, certaines *tumeurs fibro-kystiques*, *kystes hydatiques*, etc.

Pour les *fibromes pédiculés*, nous préférons l'hystérectomie abdominale totale, si les tumeurs sont volumineuses ; ou encore, l'extraction par voie vaginale, si les tumeurs sont petites et ne dépassent pas le volume d'une orange.

Pour les *kystes papillaires*, l'opération doit être précédée de l'hystérectomie abdominale totale, qui devient ainsi le temps préliminaire de la décortication du kyste.

III.

618.13711.81.6

Raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux déplacements de l'utérus ou même des annexes, en raccourcissant les ligaments larges après ouverture de l'abdomen.

Synonymie. — *Opération de Tait-Imlack. Oophorraphie.*

Historique. — L'idée première de l'opération paraît appartenir à Tait, qui chercha ainsi à combattre des rétrodéviations utérines. Imlack voulut, en raccourcissant les ligaments larges, remédier à des prolapsus des annexes. La question fut étudiée par Polk, Terrier, Vallin, et surtout par Marcel Baudouin.

Technique opératoire. — Cette opération sera, la plupart du temps, complémentaire d'une autre opération intra-abdominale. — Elle ne nécessite aucun *instrument* spécial. Le chirurgien devra cependant avoir à sa disposition des aiguilles à surjet, très courbes et courtes.

A. Manuel opératoire de H. Delagénière. — L'emploi du *plan incliné* à 45° sera de rigueur, afin de permettre l'accès facile de la cavité de Douglas. Le ventre une fois ouvert et les annexes traitées, si l'indication de raccourcir les ligaments larges se pose, on saisira le fond de l'utérus avec une pince de Museux, avec laquelle on soutiendra fortement l'organe en le renversant sur le pubis. La cavité de Douglas sera alors accessible. Avec l'index, on reconnaîtra le col de l'utérus et on déterminera la ligne médiane. On se rendra compte aussi en avant du point de reflexion de la vessie. Prenant alors un fil de catgut monté sur une aiguille à surjet, on passe transversalement l'aiguille à 1 centimètre de la ligne médiane et on la fait ressortir cinq millimètres plus loin, puis rentrer à travers *le feuillet postérieur* du ligament large 5 mil-

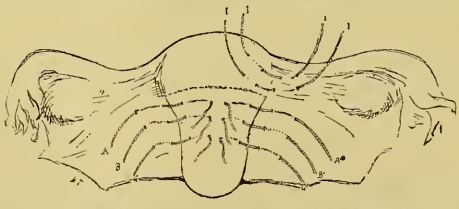

Fig. 17. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé H. Delagénière). — *Légende :* A, B, C, fils du côté gauche ; A', B', C', fils du côté droit ; I, I, fils supérieurs.

limètres plus loin, ressortir encore et ainsi de suite, en faufilé, tant que le fil pourra, en se fermant, rapprocher par froncement les parties faufilées. Un fil semblable sera placé de la même façon du côté opposé (*Fig.* 17, A, B, C). Ces deux premiers fils seront noués. Un centimètre au-dessus on en placera deux autres, puis deux derniers encore un centimètre plus haut; on arrive alors dans la partie libre des ligaments larges, où les uretères et la vessie ne courent plus aucun risque d'être blessés. On placera encore deux fils de catgut de chaque côté de la façon suivante. Sur la face postérieure de l'utérus, près de son bord, l'aiguille pénètre transversalement

Fig. 18. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé H. Delagénière). — Passage des fils A, A'; A", A'". Vue sur une coupe.

Fig. 19. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé H. Delagénière). — Résultat obtenu, vu en coupe.

pendant un trajet de un centimètre environ dans le tissu utérin; puis on lui fait traverser toute l'épaisseur du ligament large d'arrière en avant, en prenant garde de ne pas blesser de vaisseaux importants (*Fig.* 18); on lui fait traverser de nouveau le ligament large d'avant en arrière à un centimètre plus en dehors, puis on noue le catgut dans la cavité de Douglas. Quand ces 4 fils sont placés et noués, les ligaments larges paraissent se continuer l'un avec l'autre (*Fig.* 19 et 20) en arrière de l'utérus qui se trouve par suite refoulé et maintenu en avant. On pourra terminer l'opération par le raccourcissement des ligaments ronds et faire ainsi une opération complète. Le ventre sera ensuite fermé et pansé comme d'habitude.

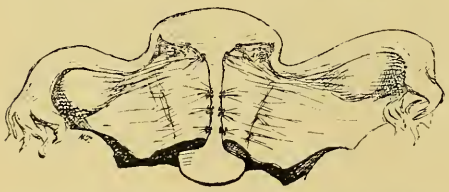

Fig. 20. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé de H. Delagénière). — Résultat obtenu, vu de face.

B. Procédés divers. — Nous venons de décrire l'opération, d'après un procédé qui nous est personnel, et que nous pratiquons depuis 1890 (1). — Nous allons maintenant étudier les autres procédés connus.

(1) Nous avons eu l'occasion de pratiquer 7 fois cette opération sans accidents et avec des résultats définitifs excellents.

1° Procédé de Tait.— Ce procédé consiste dans le plissement de la partie supérieure et *interne* du ligament large, en comprenant dans l'anse de fil destinée à faire ce plissement l'extrémité utérine du *ligament rond.* C'est donc en réalité une combinaison du raccourcissement de deux ligaments : ligament large et ligament rond.

2° Procédé de Imlack (1885). — Il consiste, au contraire, dans le plissement du *bord externe* du ligament large, à l'exclusion du ligament rond qui reste hors de cause. Il fait, sur ce bord externe, un ou plusieurs plis, suivant le raccourcissement qu'il veut obtenir.

3° Procédé de Duret et J. Cayre (1897). — Les annexes sont *traitées* suivant les lésions qu'elles présentent; pour remédier à la rétroversion, des pinces clamp sont placées verticalement de chaque côté sur les ligaments larges, qui sont *sectionnés* à l'aide de ciseaux le long de l'utérus; les artères sont recherchées et liées isolément ; puis on pratique un surjet sur la partie sectionnée du ligament large. On prend ensuite la partie restante des ligaments larges qu'on *suture* au catgut l'un à l'autre, en arrière de l'utérus. Ils forment ainsi une *sangle* tendue, appliquée contre l'utérus, qu'ils maintiennent en avant.

Suites.— Elles seront subordonnées à celles de l'opération dont le raccourcissement des ligaments larges ne sera qu'un temps complémentaire.

Comme accidents opératoires, on doit songer aux blessures des vaisseaux sanguins dans l'épaisseur des ligaments larges et à celles des uretères.

Indications.— Le raccourcissement des ligaments larges a été employé contre les *rétrodéviations*, les *prolapsus de l'utérus* et même le *prolapsus des ovaires* (Imlack). C'est un moyen efficace de maintenir l'utérus en avant et de le soutenir soulevé ; en outre, c'est un procédé inoffensif. On devra donc y avoir recours, comme opération complémentaire, lorsque le ventre aura été ouvert pour un autre motif, que les annexes aient été ou non enlevées.

IV.

618.13711.81.8

Fixation abdominale des Ligaments larges.

Définition. — Cette opération a pour but de fixer l'angle interne des ligaments larges à la paroi pour tenir l'utérus en position normale, ou pour le maintenir soulevé.

C'est en somme un procédé d'*Hystéropexie indirecte*.

Historique. — L'histoire de cette opération se confond avec celle de l'hystéropexie indirecte. Ce fut Winniwarter qui conçut cette opération (1886).

Technique opératoire. — La malade sera préparée pour subir une intervention abdominale quelconque, au cours de laquelle la fixation abdominale des ligaments larges sera reconnue nécessaire. — Nous n'insisterons donc pas sur les préparatifs ni sur le choix des *instruments*.

A. Manuel opératoire, d'après Winniwarter. — Les annexes étant traitées et l'utérus réduit, on a reconnu la nécessité de fixer le ligament large à la paroi pour maintenir l'utérus. La fixation se fait sur la *face antérieure* du ligament.

On détermine avec soin l'endroit où la trompe ouvre dans l'utérus. Immédiatement au-dessous et à 1 centimètre du bord de l'utérus, on transfixe le ligament large d'avant en arrière; à 15 millimètres en dehors on fait repasser l'aiguille d'arrière en avant. Les deux chefs du fil sont enfin passés dans la paroi correspondante à 1 centimètre l'un de l'autre et à 2 centimètres de la ligne médiane ; ils ne traverseront que le péritoine et le plan aponévrotique. Un fil semblable est passé à travers le ligament large du côté opposé. Les fils sont enfin noués et le ventre est suturé comme à l'ordinaire.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Byford (1889). — Les fils fixateurs sont placés en anse, qui comprend le *ligament rond*, en même temps qu'une portion de l'angle interne du ligament large.

2° Procédé de Fraipont (1889). — L'auteur conseille de prendre, en même temps que l'angle interne du ligament large et le *ligament rond*, la *corne utérine* elle-même.

Suites. — Les suites opératoires seront subordonnées à celles de l'opération pour laquelle la laparotomie a été pratiquée.

Indications. — Cette opération n'a sa raison d'être que comme opération complémentaire. Or, elle expose aux mêmes complications que toutes les hystéropexies. On devra donc lui préférer les raccourcissements des ligaments utérins, qui n'exposent pas aux mêmes dangers. Néanmoins on a, dans la fixation des ligaments larges, un procédé d'hystéropexie facile et efficace.

V.

618.13711.819.8

Trachélopexie ligamentaire.

Définition. — On donne ce nom à la fixation du col de l'utérus, après amputation du corps, aux moignons des ligaments larges.

Synonymie. — *Opération de Jacobs. Colopexie ligamentaire.*

Historique. — En présence des mauvais résultats obtenus par toutes les méthodes de traitement dans le prolapsus, chez la femme âgée, Jacobs eut l'idée de faire la laparotomie, d'amputer l'utérus au-dessus du vagin, et de fixer le col aux moignons des ligaments larges (1896).

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour toute laparotomie. — Les mêmes *instruments*, les mêmes aides sont nécessaires.

Manuel opératoire, d'après Jacobs. — L'opération abdominale se fait dans la position de Trendelenburg. Après incision des parois, on va à la recherche du corps utérin. On place rapidement deux ou trois ligatures à la soie en dehors des annexes, de façon à faire l'hémostase des artères ovariennes et utérines, la ligature inférieure étant placée au niveau de l'orifice interne et contre le col. On incise les tissus des ligaments larges en dedans des ligatures ; ce qui libère le corps utérin et les annexes.

Une incision concave, antérieure et postérieure, n'entamant que le péritoine, réunit les ligatures inférieures. On dissèque rapidement et on isole le col dans le tiers supérieur de sa portion sus-vaginale. A ce niveau on en pratique la section en biseau, c'est-à-dire que les deux surfaces cruentées produites se réunissent à angle aigu au milieu de son épaisseur. On désinfectera la lumière du col soigneusement ; puis on réunira les surfaces de section par un surjet à la soie. Le col réuni, on le recouvrira de deux lambeaux péritonéaux, disséqués à cet effet, par un deuxième surjet. Le fond du bassin est alors absolument net, occupé par le moignon du col et les ligatures latérales (*Fig.* 21).

La trachélopexie consiste à réunir ou *rattacher ce moignon de col aux ligaments larges,* aussi haut que possible. Une ou deux sutures

sont passées dans l'épaisseur du col et ensuite dans les tissus qui forment le moignon des ligatures latérales. En serrant ces sutures le col se relève, et vient se placer au niveau de la partie supérieure des ligaments larges. Le prolapsus vaginal disparaît et ne peut plus se reproduire.

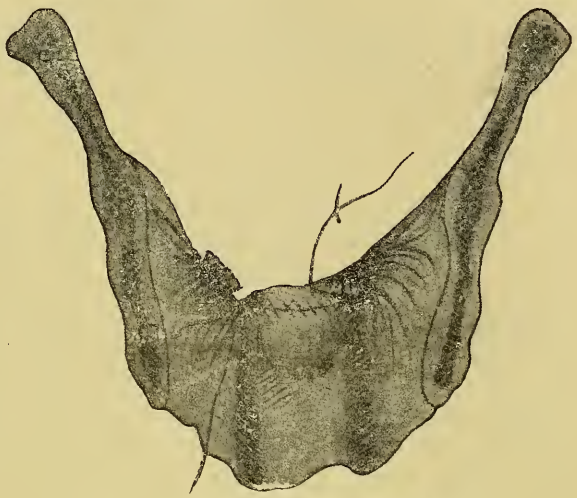

Fig. 21. — Trachélopexie ligamentaire de Jacobs.

Il est prudent cependant, pour éviter la chute de la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure, lorsqu'il y a déchirure ou absence de périnée, de pratiquer en même temps la périnéorrhaphie.

Les soins consécutifs ne présenteront rien de particulier.

Suites. — Les suites opératoires seront celles d'une hystérectomie abdominale supra-vaginale, à pédicule rentré et recouvert de péritoine. Ces hystérectomies supra-vaginales sont d'un pronostic encore sérieux, en raison des risques d'infection du péritoine par le moignon utérin.

Indications. — La trachélopexie ligamentaire est indiquée dans le *prolapsus de l'utérus*, chez la femme ayant dépassé 40 ans, quand les tissus ont perdu leur résistance et que les restaurations vaginales ne peuvent plus donner que des insuccès. Cette opération se trouve donc indiquée dans les mêmes cas de prolapsus que l'hystérectomie vaginale. Est-elle supérieure à cette dernière opération? C'est ce qu'il est encore impossible de dire, l'opération étant de date trop récente et le nombre des opérées étant encore très restreint.

618.13711.82

§ II. — Opérations par la voie vaginale.

I.

618.13711.82.3

Ouverture et drainage des ligaments larges par le vagin.

Définition. — Cette opération se pratique lorsque la collection liquide fait saillie dans un des culs-de-sac du vagin.

Historique. — L'histoire de l'ouverture des abcès péri-utérins par le vagin se confond avec celle de la *Ponction* simple de ces abcès. Cette ponction, préconisée par Simpson, fut adoptée par un grand nombre de gynécologistes qui la complétèrent en pratiquant l'*incision* au bistouri des culs-de-sac du vagin. Tenneson (1887) se montra de nouveau partisan de la ponction simple. Mais, dès 1886, Laroyenne avait donné la technique d'une méthode combinée de la ponction et de l'incision, qui compte encore aujourd'hui quelques partisans. Mais c'est à Mundé (1886) que revient l'honneur d'avoir établi la technique et les indications de l'incision vaginale des abcès péri-utérins, telle que nous la pratiquons aujourd'hui.

Technique opératoire.—La malade sera préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale. — Le chirurgien aura à sa disposition tous les *instruments* nécessaires pour pratiquer l'ablation de l'utérus, dans le cas où l'indication se poserait au cours de l'intervention.

Manuel opératoire. — A. Procédé classique. — La malade anesthésiée est placée dans la position de la taille. Avec le doigt, on se rendra exactement compte de la situation du point le plus saillant de la tumeur. L'incision vaginale devra en effet varier suivant le siège ; certains abcès situés en avant du col seront plus facilement atteints par le décollement du col en avant ; de même certaines collections saillantes dans le cul-de-sac postérieur seront ouvertes par une incision postérieure. Si l'abcès proémine sur un des côtés

du col, on prolongera de ce côté l'incision antérieure ou postérieure, pratiquée comme précédemment.

Le col sera donc découvert avec les écarteurs et saisi avec une pince à abaissement. Une *incision* demi-circulaire, antérieure ou postérieure, latéralisée ou non, suivant le siège de l'abcès, sera faite au ras du col, absolument comme pour faire l'hystérectomie vaginale. Avec le doigt, on isolera doucement et progressivement le col utérin en avant, ou en arrière, toujours en suivant le col. Dans ce décollement, on ouvrira l'abcès ou on arrivera à la séreuse. Si l'abcès est ouvert, on fera une longue irrigation de sa cavité, on y placera un tube en croix, et l'opération sera terminée par un tamponnement lâche du vagin. Si le doigt arrive à la séreuse, sans avoir ouvert d'abcès, il est probable que le pus est collecté dans une trompe ou dans un ovaire. Dans ce cas, on ouvrira le cul-de-sac péritonéal et on explorera les annexes et le ligament large. S'il s'agit d'annexites suppurées, on pratiquera la castration vaginale totale. S'il s'agit d'un abcès du ligament large haut situé, on tamponnera le vagin et on incisera le ligament large par l'abdomen.

B. Procédés divers.— 1° Procédé de Mundé (1886).— Après avoir incisé l'abcès pelvien, Mundé pratique le *curettage* de la cavité avec une curette mousse.

2° Procédé de Clinton-Cushing. — Il préconise un instrument, analogue à une pince à gants, pointue à son extrémité. Il ponctionne l'abcès avec l'instrument fermé, ouvre les branches, et place un drain dans le foyer.

3° Procédé de Laroyenne (1893).— Il fait, avec un trocart explorateur spécial (*Fig.* 22), une *ponction* à travers les parties indurées ;

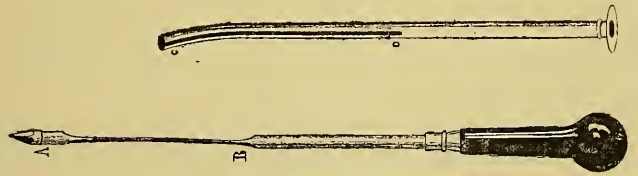

Fig. 22.— Trocart de Laroyenne avec sa canule. — *Légende* : A, B, trocart à tige effilée. — C, D, canule à rainure.

quand il est dans le foyer purulent, il glisse sur la rainure de son trocart un lithotome avec lequel il opère un débridement de 3 à 5 centimètres. Il introduit ensuite un tube en verre dans le foyer.

Suites. — La blessure de la vessie et des uretères dans les collections antérieures seront évitées en suivant exactement le col utérin. L'inoculation du péritoine par rupture de la poche de l'abcès est le seul accident sérieux à redouter. Mais souvent l'intervention ne sera suivie d'aucun résultat appréciable, d'autres foyers existant dans le voisinage, soit dans le ligament large lui-même, soit dans les annexes ; dans ces derniers cas complexes, une opération complémentaire s'impose.

Indications. — Les seules collections situées *en arrière* et faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal postérieur devront être traitées par l'incision vaginale simple. S'il y a quelque incertitude dans le diagnostic, mieux vaut recourir à la laparotomie.

II.

618.13711.82.7

Enucléation et extirpation des tumeurs fibreuses du ligament large par le vagin.

Définition. — Cette opération a pour but d'énucléer une tumeur fibreuse incluse dans le ligament large. Si la tumeur est volumineuse, à l'énucléation on joindra le morcellement.

Historique. — L'histoire de cette opération se confond avec celle du morcellement des corps fibreux et avec celle de l'hystérectomie vaginale par morcellement pour corps fibreux. Les premiers cas publiés paraissent appartenir à Péan.

Technique opératoire. — Les préparatifs sont ceux de l'hystérectomie vaginale par morcellement. — L'ablation de l'utérus sera parfois pratiquée comme temps préliminaire pour permettre l'accès de la tumeur; d'autres fois elle sera pratiquée comme temps complémentaire, si le morcellement laissait quelque doute dans l'esprit au sujet de l'hémostase.

Manuel opératoire classique. — Nous n'avons en vue, dans la description opératoire qui va suivre, que la tumeur fibreuse, incluse dans le ligament large, et accessible par un des culs-de-sac du vagin. Il s'agit donc de fibromes nés du col ou de la partie inférieure de l'utérus.

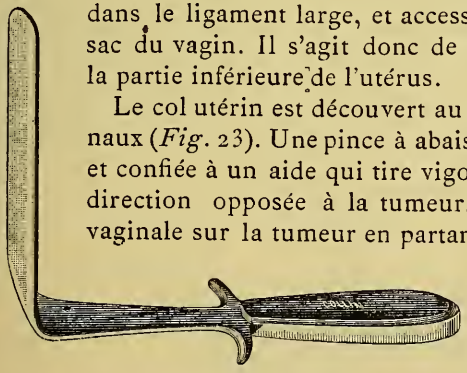

Fig. 23. — Ecarteur vaginal.

Le col utérin est découvert au moyen des écarteurs vaginaux (*Fig.* 23). Une pince à abaissement est fixée sur le col et confiée à un aide qui tire vigoureusement le col dans la direction opposée à la tumeur. On *incise* la muqueuse vaginale sur la tumeur en partant du museau de tanche et se dirigeant en dehors et transversalement. L'incision ne doit porter que sur la muqueuse. Celle-ci sera décollée avec le doigt de la face latérale du col, qui devra servir de guide pour arriver jusqu'à la tumeur elle-même. Cette dernière se reconnaîtra à sa dureté. Avec le doigt, on mettra à nu une petite étendue de sa surface. On placera alors

un des écarteurs vaginaux (*Fig.* 23), le long du col, afin de le tenir écarté du champ opératoire. Le deuxième écarteur sera introduit dans la plaie vaginale de façon à rendre le fibrome accessible. Enfin on procèdera au morcellement.

Deux cas se présenteront : ou bien la tumeur est pédiculée sur l'utérus ; ou elle n'est pas pédiculée. Dans ce dernier cas, l'énucléation une fois terminée, l'opération est finie. S'il existe un pédicule, on devra en pratiquer la section au ras de l'utérus. Si cette section s'accompagne de la blessure d'un vaisseau important, on placera sur le vaisseau une pince hémostatique qu'on laissera à demeure. Si l'hémostase n'était pas parfaitement assurée, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie vaginale.

Lorsque la tumeur sera complètement enlevée, on fera un nettoyage soigné de la cavité; puis on y installera un gros drain, qu'on laissera à demeure pendant 4 ou 5 jours dans le fond du vagin. On terminera en suturant la plaie vaginale. Enfin on pratiquera un tamponnement lâche du vagin.

Suites. — On devra craindre, quand on pratiquera cette opération, la blessure de l'uretère, l'ouverture du péritoine, mais surtout l'hémorrhagie post-opératoire. Cette hémorrhagie peut être considérable avant qu'on s'en aperçoive, le vaisseau sectionné communiquant avec la cavité plus ou moins considérable qui contenait le fibrome.

Indications. — Cette opération n'est indiquée que dans des cas de *petits fibromes intra-ligamentaires*, chez les femmes jeunes ; on y joindra comme opération complémentaire la ligature des artères utérines. Après 40 ans, quand il n'y a plus d'intérêt à conserver l'utérus, on doit préférer soit l'hystérectomie vaginale, soit mieux encore l'hystérectomie abdominale totale.

III.

618.13711.82.6

Raccourcissement des ligaments larges par le vagin.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux rétro-déviations utérines en raccourcissant les ligaments larges au niveau de leur base.

Synonymie. — *Opération de Kocks.*

Historique. — D'après Kocks (de Bonn) (1896), les déplace-

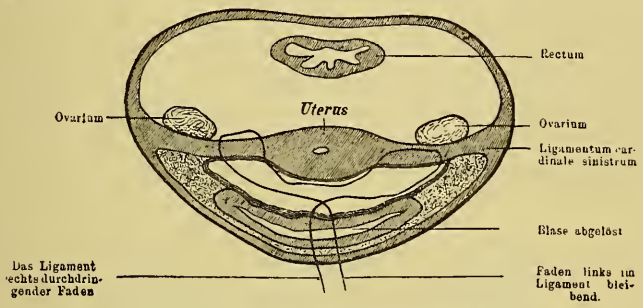

Fig. 24. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé de Kocks).

ments de l'utérus sont dus surtout au relâchement de la partie inférieure des ligaments larges. C'est donc sur eux qu'il faut surtout agir pour remédier aux rétrodéviations.

Technique opératoire. — La malade doit être préparée

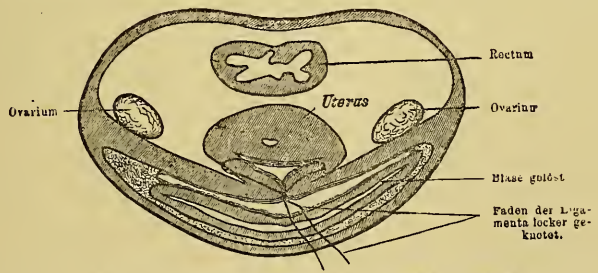

Fig. 25. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé de Kocks).

comme pour subir l'hystérectomie vaginale, cette intervention pou-

vant se trouver indiquée au cours de l'opération. — Les mêmes *instruments* seront nécessaires ; on devra y ajouter des aiguilles très courbes et courtes.

Manuel opératoire, d'après Kocks. — La malade doit être placée

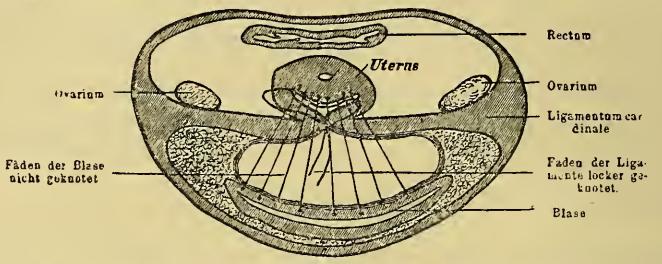

Fig. 26. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé de Kocks).

dans la position de la taille. Le col est découvert, puis saisi avec une pince à abaissement. Le cul-de-sac antérieur est incisé transversalement, au ras du col, pour ne pas blesser la vessie. Avec le doigt, on procède ensuite au décollement de la vessie et on prolonge le décollement de chaque côté, en empiétant sur le ligament

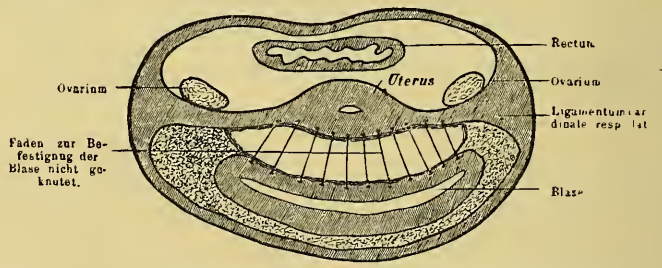

Fig. 27. — Raccourcissement des ligaments larges (Procédé de Kocks) (1).

large, qui est toujours recouvert dans une certaine étendue par la vessie (Mackenrodt). On arrête ce décollement au péritoine. On introduit alors un écarteur sous le pubis, pour maintenir la vessie soulevée, en même temps que les uretères; puis on procède au raccourcissement proprement dit.

A gauche du col, un fil est passé d'avant en arrière dans l'épaisseur du ligament large à deux centimètres du bord du col. Ce fil ressort d'arrière en avant au ras du bord gauche du col ; il est ensuite passé d'avant en arrière, au ras du bord droit du col, à travers toute l'épaisseur du ligament large, puis ramené d'arrière en

(1) Clichés du *Centr. f. Gynækologie*.

avant à travers le ligament à deux centimètres plus loin (*Fig.* 24). En nouant le fil, on rappproche l'un de l'autre les deux ligaments, au devant du col utérin (*Fig.* 25). On place ainsi successivemen cinq ou six fils les uns au-dessus des autres. Lorsque ces fils sont fermés, les nœuds forment sur la face antérieure de l'utérus une rangée médiane.

On réunit ensuite transversalement l'incision vaginale et par suite la vessie, au bord le plus élevé de la surface de décollement, de sorte que l'ensemble des fils placés affecte la disposition d'un T, la branche verticale répondant à l'accolement des ligaments larges et la branche horizontale à la suture de la vessie (*Fig.* 26 et 27). On terminera l'opération en plaçant un tamponnement peu serré dans le vagin.

Suites. — Cette opération, malgré les fils qui traversent le ligament large droit dans toute son épaisseur, peut être considérée comme une intervention extra-péritonéale.

Comme accidents possibles, nous signalerons la blessure de la vessie et des uretères, la blessure du rectum. C'est sans doute pour éviter ce dernier accident que Kocks ne prend pas toute l'épaisseur du ligament large à gauche.

Indications. — L'auteur a pratiqué cette opération pour des cas de *prolapsus utérin* et des *rétroversions*.

618.13711.83

§ III. — Opérations par la voie sacrée.

618.13711.83.5

Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie sacrée.

Définition. — L'opération a pour but d'atteindre le ligament large par la voie sacrée.

Historique. — L'incision para-sacrée de O.Zuckerkandl permet de pénétrer dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Wiedow (1889) ouvrit par cette voie un abcès pelvien.

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir une hystérectomie sacrée. — Les mêmes *instruments* seront nécessaires.

Manuel opératoire. — Du côté de l'abcès, la malade étant couchée sur le côté opposé, on pratique une *incision* qui part de la pointe du coccyx et se porte en haut vers l'épine iliaque postéro-inférieure (*Fig.* 28). Le bord du sacrum est senti avec le doigt et l'incision menée à fond le long de ce bord; le doigt est alors introduit dans la plaie.

Fig. 28. — Tracé de l'incision para-sacrée pour le drainage des ligaments larges par cette voie.

On décolle avec précaution les tissus graisseux de la fosse ischio-rectale et on dirige le doigt vers l'abcès qu'on reconnaît à sa dureté. Avec une pince hémostatique pointue, on pénètre dans sa cavité qu'on évacue et qu'on lave avec soin ; puis on établit un bon drainage au moyen de deux gros drains accolés l'un à l'autre. La plaie est suturée autour des drains. Si la recherche de l'abcès avait été laborieuse et s'il restait quelques doutes au sujet de la blessure du péritoine, au lieu de suturer la plaie, on pourrait ou faire simplement un *tamponnement* lâche avec de la gaze iodoformée, ou mieux pratiquer un tamponnement de Mikulicz.

Suites. — On peut craindre les mêmes accidents que s'il s'agissait d'enlever l'utérus par cette voie. D'autre part le drainage se fera

à travers la fosse ischio-rectale, dans laquelle il pourra se former pendant la guérison de l'abcès pelvien des clapiers difficiles à faire guérir.

Indications. — La voie sacrée est plus périlleuse que la voie vaginale et la voie abdominale, qui remplissent, en se complétant l'une par l'autre, toutes les indications. On doit donc l'abandonner. Tout au plus trouverait-elle sa raison d'être dans le cas *d'abcès rétro-péritonéal latéral.*

618.13711.84

§ IV. — Opérations par la voie périnéale.

618.13711.84.5

Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie périnéale.

Définition. — Cette opération se propose d'atteindre les collections formées dans le Douglas par la voie périnéale.

Historique. — L'idée première de cette opération paraît due à Hégar. Elle fut reprise par Otto Zuckerkandl, puis par Sänger, qui perfectionna d'abord le procédé primitif d'Hégar, puis arrêta une technique définitive.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir une hystérectomie vaginale. En outre, le périnée, la vulve et la région ano-rectale seront nettoyés et aseptisés avec le plus grand soin. — Comme *instruments*, il suffira d'avoir à sa disposition, un bistouri, une paire de ciseaux et une longue pince hémostatique.

A. Manuel opératoire classique. — La malade sera anesthésiée, puis placée dans la position de la taille périnéale. On pratiquera alors une incision transversale partant d'un ischion à l'autre, et intéressant d'emblée toute l'épaisseur de la peau. Avec le doigt, on écarte la graisse et on chemine doucement entre le vagin et le rectum, en se dirigeant vers le cul-de-sac de Douglas. Arrivé au niveau de la collection liquide, on y plonge la longue pince hémostatique fermée, dont on écarte ensuite les branches pour permettre l'issue du pus. Entre les mors de la pince, on introduit une sonde à double courant avec laquelle on fait une irrigation prolongée du foyer. On termine l'opération en plaçant un gros *drain* dans la cavité de l'abcès et en suturant la plaie périnéale.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Hégar (1885). — Il faisait une incision verticale, partant de la tubérosité d'un ischion à la pointe du coccyx. Il traversait la graisse du creux ischio-rectal et abordait la collection sur la ligne médiane.

2° Procédé de Sænger (1890). — Ce premier procédé de Sänger n'est qu'une amélioration du procédé de Hégar. Il fait une incision verticale latérale. Cette incision commence au niveau du tiers postérieur de la grande lèvre et se termine à 2 centimètres en dehors

de l'anus. Une fois la peau incisée, la graisse est écartée avec le doigt, le muscle releveur de l'anus est reconnu, puis incisé. On arrive alors facilement jusqu'à l'abcès (*Fig.* 29).

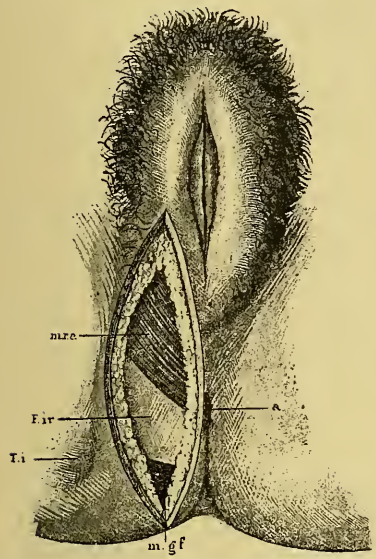

Fig. 29. — Incision verticale latérale (Sänger). — *Légende* : A, anus ; Ti, tubérosité de l'ischion ; M, g, f, muscle grand fessier ; M, r, a, muscle releveur de l'anus ; F. ir., fosse ischio-rectale.

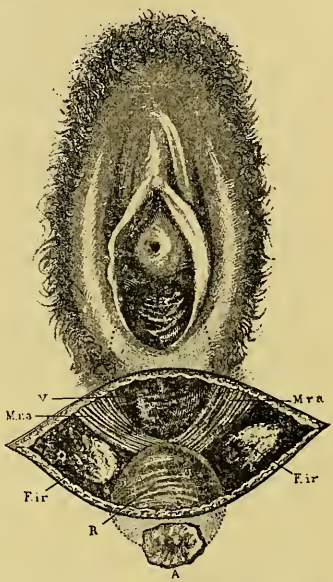

Fig. 30. — Incision transversale (Zuckerkandl). — *Légende* : A, anus ; R, rectum ; V, vagin ; M, r, a, muscle releveur de l'anus ; E. ir, fosse ischio-rectale.

3° Procédé de Otto Zuckerkandl. — Cet auteur atteint la collection purulente en pratiquant une périnéotomie transversale et en dédoublant la cloison recto-vaginale (*Fig.* 30). — Pour donner plus de jour, Sänger a proposé d'ajouter à l'incision transversale bi-ischiatique deux autres incisions, partant des deux extrémités de la première et se portant en arrière et en dehors.

Suites. — Comme dans toute opération qui nécessite le dédoublement de la cloison recto-vaginale, on est susceptible de blesser le rectum. Mais la méthode expose en outre à ne pas faire une opération complète, s'il y a d'autres collections purulentes.

Indications. — Cette opération est rationnelle dans les cas de collection *unique* dans le cul-de-sac de Douglas. Elle est supérieure à l'incision par le rectum, dans tous les cas ; et, si l'abcès menace de s'ouvrir dans l'intestin, elle est préférable à l'incision vaginale.

618.13711.87

§ V. — Opérations par la voie rectale.

618.13711.87.3

Ouverture du ligament large par la voie rectale.

Définition. — Cette opération se pratique dans le cas d'abcès du ligament large proéminant dans le rectum.

Historique. — L'ouverture spontanée de certains abcès pelviens dans le rectum a fait adopter cette voie par quelques chirurgiens. Byford s'en montre partisan résolu (1886).

Technique opératoire. — La malade sera purgée la veille ; immédiatement avant l'opération, on lui fera une grande irrigation du rectum avec de l'eau bouillie.

Un bistouri, une paire de ciseaux et deux écarteurs seront les seuls *instruments* nécessaires.

Manuel opératoire. — La malade sera anesthésiée et placée dans la position de la taille. On pratiquera d'abord avec les doigts la *dilatation de l'anus ;* puis on introduira les écarteurs jusqu'à la saillie de l'abcès. Avec le bistouri, on fera une *ponction* sur la partie la plus saillante. Avec le doigt, on agrandira l'ouverture, en pénétrant dans la cavité de l'abcès. Si l'ouverture ne paraît pas assez grande, on la prolongera avec des ciseaux. Enfin on terminera par une longue *irrigation* de la cavité de l'abcès, puis par un *tamponnement* lâche de sa cavité avec de la gaze iodoformée.

Suites. — La voie rectale expose à l'infection. En outre les abcès, ouverts même très largement dans le rectum, sont sujets à répétition, par réunion précoce de la muqueuse.

Indications. — Lorsque l'abcès proémine dans le rectum et est sur le point de perforer la muqueuse, on peut y donner un coup de bistouri. Si l'abcès est éloigné de la muqueuse, on devra recourir aux autres voies pour l'ouvrir.

CHAPITRE III.

618.12713.8
LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS.

618.13713.81
§ I. — Opérations par la voie abdominale.

618.13713.81.6
Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale.

Définition. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés, a pour but d'attirer en haut et en arrière le col de l'utérus et par suite de porter en avant le fond de l'organe.

Synonymie. — *Opération de Frommel.*

Historique. — Kelly émit le premier l'idée de remédier aux rétro-déviations en raccourcissant les ligaments utéro-sacrés. — Ce fut Frommel (1889), qui pratiqua le premier l'opération telle que nous allons la décrire.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront ceux de toute laparotomie. — Aucun *instrument* spécial ne sera nécessaire. Cependant on devra avoir à sa disposition des aiguilles à surjet, très courbes (Modèle de A. Martin, par exemple).

Manuel opératoire. — L'emploi du *plan incliné* est de rigueur. Le ventre est ouvert comme à l'ordinaire; l'utérus réduit est libéré de ses adhérences, s'il en a contracté avec les tissus voisins. Les anses intestinales étant refoulées dans la cavité abdominale et maintenues hors du champ opératoire par la position déclive de la malade, on ira à la recherche des ligaments utéro-sacrés, ou *replis de Douglas*. Ces replis forment deux sortes de faux, dont les bords concaves limitent la cavité de Douglas sur les côtés. En déprimant le bord concave de ces replis, on exerce une traction sur le col utérin. Avec une aiguille très courbe, armée d'une soie n° 1, on

traverse ces ligaments près de l'insertion sur l'utérus ; puis le fil est passé sous le péritoine des parois latérales du bassin, d'autant plus haut qu'on veut obtenir un raccourcissement plus considérable. On pourra consolider le résultat acquis, en plaçant quelques points supplémentaires sur les replis déterminés par la traction du premier fil.

On terminera l'opération en fermant la paroi comme à l'ordinaire.

Suites. — Une semblable opération ne présente pas par elle-même de gravité et n'expose à aucun accident opératoire sérieux.

Indications. — Cette opération a été proposée pour remédier aux *rétrodéviations ;* peut-être aussi pourrait-elle être employée contre le *prolapsus* (M. Baudouin). Dans ces deux cas malheureusement, elle ne présente pas assez de certitude au point de vue thérapeutique. Le moyen de redressement ou de suspension est trop précaire pour que l'on puisse compter sur son efficacité définitive. Tout au plus pourrait-on y recourir comme moyen complémentaire, par exemple, après avoir pratiqué l'hystéropexie pour prolapsus, ou le raccourcissement des ligaments ronds.

618.13713.82

§ II. — Opérations par la voie vaginale.

618.13713.82.6

Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale.

Définition. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale a pour but d'attirer en haut et en arrière le col utérin. C'est une sorte de rétro-fixation indirecte du col.

Synonymie. — *Opération de Gottschalk.*

Historique. — Kelly et Frommel pratiquèrent le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale. Les différents procédés de rétro-fixation du col firent étendre la méthode à la voie vaginale. Gottschalk paraît avoir le premier donné une technique complète de cette opération (1896).

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale. Elle sera rasée complètement, savonnée dans un bain. Elle aura été purgée la veille; enfin

Fig. 31. — Pince à abaissement à griffe unique.

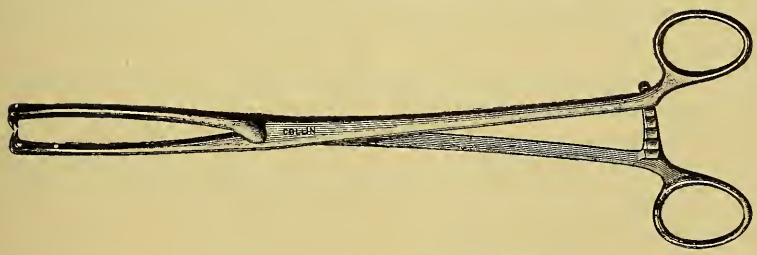

Fig. 32. — Pièce à abaissement à 4 griffes.

le col aura été nettoyé avec soin, d'abord avec de l'alcool, puis avec de la teinture d'iode.

Comme *instruments*, on devra préparer un bistouri ou le thermo-cautère, des ciseaux droits, quelques pinces hémostatiques longues, deux pinces à abaissement (*Fig.* 31 et 32). Comme aiguille, on se servira de l'aiguille courbe de Reverdin.

A. Manuel opératoire typique. — La malade sera mise dans la position de la taille, les jambes fortement fléchies sur l'abdomen. La lèvre postérieure du col sera saisie avec une pince à abaissement (*Fig.* 32), et tirée fortement vers le pubis, de façon à rendre accessible le cul-de-sac postérieur.

A un centimètre des mors de la pince, on fera partir une incision médiane postérieure, qui divisera la muqueuse vaginale sur une longueur de cinq centimètres. Les lèvres de cette incision seront décollées à droite et à gauche sur une petite étendue ; puis l'index droit, suivant le col utérin, va doucement à la recherche du cul-de-sac de Douglas dans lequels il pénètre. Portant alors le col en bas et en exerçant de fortes tractions, on tend les ligaments utéro-sacrés que l'on sent à droite et à gauche de l'index droit laissé dans le Douglas. Cet index recherche d'abord l'extrémité supérieure du ligament gauche, qui semble se perdre sur la paroi du rectum.

C'est dans ce point que devra passer le fil fixateur, environ à cinq centimètres au-dessus du col utérin. Ce fil sera placé avec l'aiguille de Reverdin, puis il sera repéré pendant qu'un fil semblable sera placé dans un point correspondant au ligament utéro-sacré droit. Le chef postérieur de chaque fil sera ensuite passé à travers l'extrémité inférieure du ligament correspondant, c'est-à-dire tout près du col. En fermant les fils, le col sera refoulé en arrière et attiré en haut. Avec le doigt, on sentira alors des replis transversaux se former sur la ligne médiane en arrière du col et entre les deux fixateurs.

On placera deux fils intermédiaires aussi haut que possible *dans le péritoine pariétal pelvien* et dans l'anse du fil ; on saisira les deux ou trois replis péritonéaux formés en arrière du col. En nouant les fils, les replis disparaîtront en haut et donneront de la solidité à la rétro-fixation du col. L'opération sera terminée en suturant la plaie longitudinale faite au vagin.

Un tamponnement du vagin sera laissé en place seulement pendant quarante-huit heures. Après quoi on se contentera de prescrire trois injections vaginales aseptiques par jour.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Gottschalk (1896). — Nous reproduisons ici la description de l'auteur lui-même. Dans le cas où l'utérus est mobile, on le remet en position normale. On fait ensuite sur la paroi postérieure du vagin une incision médiane et longitudinale de cinq centimètres de longueur, en commençant à un centimètre au-dessus de l'insertion du vagin sur le col. On ouvre alors le cul-de-sac de Douglas, et on réunit provisoirement, par des pinces ou par quelques points de suture, les bords de l'incision de ce cul-de-sac aux bords de la plaie vaginale; ce qui permet de voir plus facilement dans la cavité péritonéale. On prépare un fil de soie solide, dont un des chefs est passé dans le chas d'une aiguille de Deschamps, et l'autre chef porte une aiguille peu recourbée, mais aplatie et bien aiguisée. Alors, pendant que l'assistant écarte au maximum la plaie vaginale, on introduit l'index gauche dans le cul-de-sac de Douglas, et on fixe la position du ligament utéro-sacré qu'on peut même encore apercevoir. Sous la protection de l'index placé, suivant le cas, à trois, quatre ou cinq centimètres au-delà de l'insertion du ligament au col utérin, on fait passer l'aiguille de Deschamps à travers ce ligament en la poussant de haut en bas, et on fixe solidement le fil au même endroit. On prend alors l'autre aiguille, on la fait passer dans l'épaisseur de la paroi postérieure du col utérin, puis dans la paroi vaginale, non loin du bord correspondant de la plaie vaginale, et on réunit les deux extrémités du fil très solidement. On traite de la même façon le ligament utéro-sacré du côté opposé et l'opération est terminée.

On tamponne le cul-de-sac de Douglas et le vagin; on fait coucher la malade sur le côté, et le septième jour on enlève les tampons et on la laisse se lever.

2° Procédé de Stratz (1897). — L'auteur se propose de reconstituer un septum recto-vaginal large et élevé. Après colpotomie postérieure, il place profondément, jusqu'à la base des ligaments utéro-sacrés, de nombreux points de suture destinés à relever le col et à le porter en arrière. Il fait une sorte de rétro-fixation du col indirecte, la base des ligaments utéro-sacrés ne servant que de point d'appui aux fils extrêmes.

Suites. — L'opération, bien conduite et aseptiquement faite, nous paraît exempte de dangers. On devra placer les fils avec grand soin pour ne pas blesser le rectum. Un séjour de trois semaines au lit nous paraît indispensable pour ne pas compromettre le résultat thérapeutique.

Indications. — Le raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale n'a sa raison d'être que comme opération complémentaire, quand le cul-de-sac de Douglas doit être ouvert pour remédier à une affection de l'utérus ou des annexes. On pourra, dans quelques cas de rétroversion avec léger degré de prolapsus, rendre par ce moyen une colpopérinéorrhaphie efficace, ou rendre plus stables les résultats définitifs d'une opération d'Alexander.

DEUXIÈME PARTIE

618.14.81
OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE.

CHAPITRE I.

618.14.81.8
HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE.

Définition. — L'Hystéropexie abdominale (υστερα, utérus; πηξις, fixation), est une opération qui a pour but de suspendre l'utérus en le fixant à la paroi abdominale antérieure.

Synonymie. — Cette opération est encore désignée sous les noms de: Ventro-fixation (Olshausen); Hystérorrhaphie (H. Kelly), Antéfixation (Saenger); Gastrohystéropexie (Pozzi); Hystéropexie abdominale antérieure (Marcel Baudouin); Laparo-hystérorrhaphie (Terrier); Symphyse utéro-pariétale (Segond); Utérorrhaphie (Tillaux); Gastrohystérosynaphie (Saenger), etc.

Historique. — La première hystéropexie date du 27 mars 1869. Elle est due à Koeberlé, qui, pour fixer l'utérus, enleva un *ovaire* sain, dont il fixa alors le *pédicule* dans la plaie. Son exemple ne fut suivi que six ans plus tard par Sims, puis par Schroeder.

Ce fut Lawson Tait qui, le premier, fixa le *corps* de l'utérus à la paroi, en y passant une anse de fil (20 février 1880). Désormais les principes de la fixation *directe* et de la fixation *indirecte* étaient posés; et les travaux d'ensemble paraissent: Olshausen, Frankel, Howard, H. Kelly, Saenger, Klotz, Léopold, etc.

En France, la première hystéropexie fut faite par F. Terrier, (août 1888); et son procédé, aujourd'hui devenu classique, a été surtout vulgarisé par Marcel Baudouin.

Technique opératoire. — Les préparatifs sont ceux de toute laparotomie. La malade aura pris des injections vaginales antiseptiques depuis plusieurs jours. Si c'est possible, on lui fera quelques pansements vaginaux, les jours qui précèderont l'opération, dans le cas où la castration abdominale totale se trouverait indiquée. Enfin, on préparera le champ opératoire comme d'habitude.

Les *instruments* seront peu nombreux ; il suffira d'avoir à sa disposition : 1 bistouri, 1 paire de ciseaux droits (*Fig.* 33), 1 paire

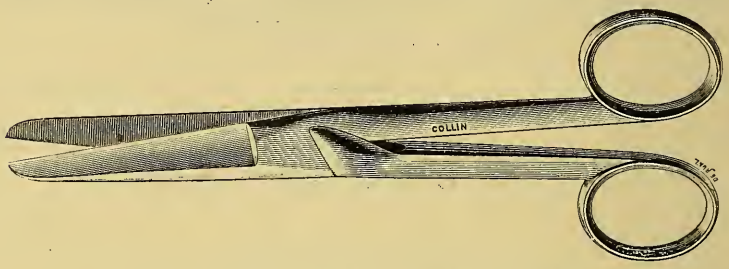

Fig. 33. — Ciseaux droits pour opérations courantes.

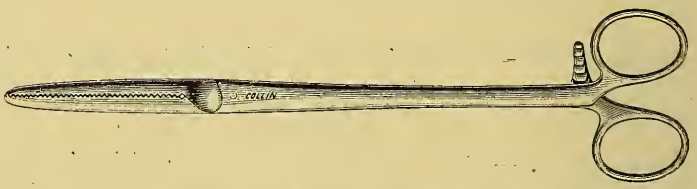

Fig. 34. — Pinces hémostatiques droites de 25 m de H. Delagénière.

de ciseaux courbes, 1 pince à disséquer, 18 pinces hémostatiques de

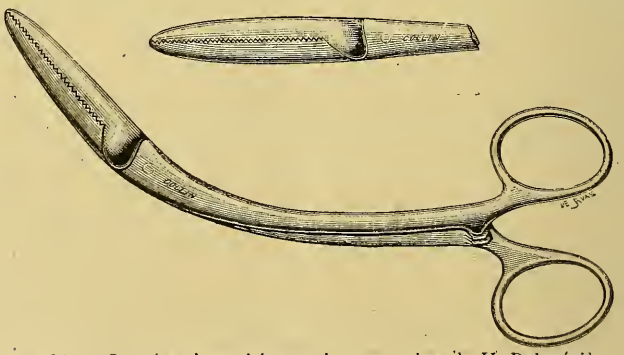

Fig. 35. — Grandes pinces hémostatiques courbes de H. Delagénière.

grandeurs variables (*Fig.* 34, 35 et 36), 2 pinces clamp coudées, 1 écarteur, 1 aiguille de Reverdin courbe, 1 aiguille courbe à surjet.

Les fils fixateurs de l'utérus pourront varier, suivant que leur séjour sera définitif ou temporaire. Dans le premier cas, nous n'hésitons pas à donner la préférence au *catgut* stérilisé ; les soies sont

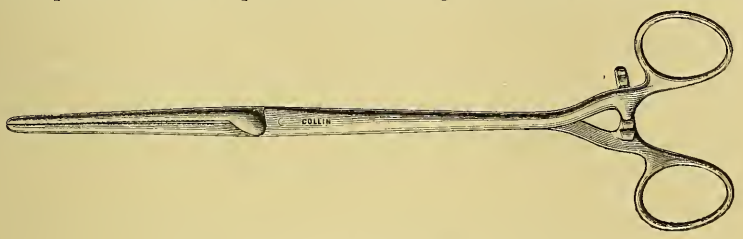

Fig. 36. — Pince hémostatique droite de F. Terrier.

en effet susceptibles de s'infecter dans le tissu utérin. Dans le second cas, nous conseillons d'employer le *crin de Florence* ou le fil d'argent.

Un seul aide suffit pour cette opération.

A. Manuel opératoire typique.— La malade est placée sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche, l'aide à sa droite. La peau du champ opératoire est une dernière fois fortement frictionnée avec un tampon trempé dans une solution antiseptique.

Après s'être assuré que la malade dort profondément, le chirurgien commence l'*incision* de la paroi abdominale. Cette incision commencera à 3 centimètres au-dessus du pubis, et se terminera à 8 centimètres environ plus haut.

La cavité abdominale sera ouverte dans une longueur correspondante. Grâce à la position déclive, les anses intestinales auront quitté le bassin, s'il n'y a pas *d'adhérences*. Dans le cas contraire, on les trouvera plus ou moins accolées aux organes pelviens. Le premier soin sera alors de les libérer, et de les refouler vers la concavité du diaphragme.

La *recherche de l'utérus* est facile. S'il est basculé en arrière et adhérent, on le débarrassera de ses adhérences et on l'attirera vers l'ouverture abdominale. Avec l'aiguille à surjet courbe, on placera sur le point culminant du fond de l'utérus, et transversalement, un premier fil double de catgut (1), dont les extrémités seront réunies dans une pince. Ce premier fil, dit *fil suspenseur*, servira à maintenir l'utérus en position pendant que les autres fils seront placés.

(1) Nous conseillons l'emploi d'un fil double enfilé sur une aiguille à surjet, de façon que la piqûre faite à l'utérus par l'aiguille soit remplie complètement par le double fil, dont le volume l'emportera sur celui de l'aiguille elle-même. On évitera ainsi tout écoulement de sang par les piqûres.

Les autres fils, au nombre de deux ou de trois, suivant l'étendue que l'on veut donner à la *fixation,* seront passés à faufil, de la façon suivante. L'aiguille à surjet, armée d'un double fil de catgut, est enfoncée à environ 1 centimètre au-dessous du fil suspenseur, et à quinze millimètres en dehors de la ligne médiane. On la fait sortir à 5 millimètres de cette même ligne, pour la replonger dans le tissu utérin, 1 centimètre plus loin, c'est-à-dire, à 5 millimètres en dehors de la ligne médiane de l'autre côté, pour la faire ressortir une dernière fois 1 centimètre plus loin.

De cette façon, l'anse fixatrice comprend une étendue considérable de tissu utérin, puisque son point d'entrée et son point de sortie sont distants l'un de l'autre de 3 centimètres, et sans avoir fait pénétrer l'aiguille très profondément dans le tissu utérin.

Le 3e et le 4e fil seront placés de la même manière, le 4e après avoir bien reconnu le point de réflexion de la vessie. Ce dernier fil sera placé comme le fil suspenseur, en anse simple, en raison du rétrécissement de la face antérieure de l'utérus déjà très réduite en ce point. Tous les fils, placés sur l'utérus, forment donc 4 anses doubles, qu'il faut maintenant passer de chaque côté dans la paroi abdominale.

On déterminera avec soin l'endroit précis de la fixation, aussi haut que possible, s'il s'agit d'un prolapsus ; plus bas, si ce n'est qu'une rétro-déviation.

On commencera par le dernier fil passé. Les deux fils, qui constituent chaque anse, seront saisis de chaque côté dans le chas d'une aiguille de Reverdin courbe, qu'on enfoncera à travers le péritoine pariétal, à 15 millimètres de la ligne médiane, et qu'on fera ressortir dans l'épaisseur de la paroi au-dessous de la peau. Les autres fils seront placés de la même manière. On placera une pince sur chacune des extrémités de chaque anse double. Avant de fermer ces fils, on aura soin de fermer l'angle inférieur de l'ouverture péritonéale, au moyen de quelques points séparés. Les fils fixateurs seront alors noués, en prenant la précaution de faire affronter le péritoine pariétal sur la ligne médiane.

A ce moment, la fixation est terminée. On vérifiera avec le doigt le résultat obtenu par la fixation. On nettoiera la cavité de Douglas ; puis on fermera la cavité péritonéale au-dessus de l'utérus, suivant les méthodes ordinaires. Enfin, on terminera par la suture de la peau au crin de Florence.

La plaie sera recouverte par un pansement aseptique, compresse et coton stériles, maintenus par un bandage en flanelle.

B. Procédés divers. — Nous venons de décrire l'opération, telle qu'elle est habituellement pratiquée, et telle que nous la pratiquons nous-même.

Mais elle a de nombreuses variantes, que nous allons nous efforcer de grouper entre elles.

C'est ainsi que nous distinguerons successivement : I. A. des Procédés *Directs* ; — B. des Procédés *Indirects* ; — et enfin : II. des Procédés *Extra Péritonéaux*.

618.14.81.8.3

I. — Hystéropexie intra-péritonéale proprement dite.

I. — Procédés Directs. — Dans tous ces procédés, *l'utérus est directement fixé à la paroi abdominale* par sa *face antérieure* elle-même, après l'ouverture du péritoine. L'opération, que nous avons décrite, peut être considérée comme le type de ces procédés.— Elle n'est du reste qu'une légère variante du procédé de Félix Terrier, qui est aujourd'hui employé par le plus grand nombre des chirurgiens.

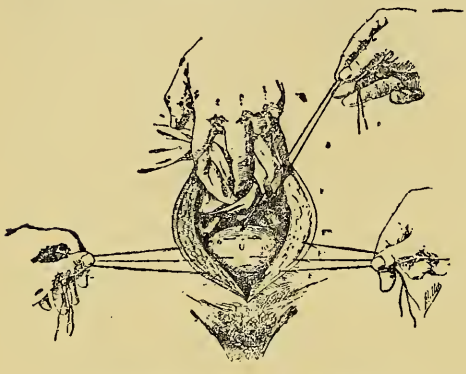

Fig. 37.— Hystéropexie abdominale antérieure (Procédé de F. Terrier). — *Légende:* U, utérus; F', F'', F''', fils fixateurs (anse avec points passés); S', fil de soie destiné à amener l'utérus en avant pendant l'opération et à le maintenir; L, paroi abdominale (1).

A. — *Procédés à sutures perdues.* — 1° Procédé de Félix Terrier.— Le ventre, une fois ouvert, l'utérus est saisi d'une main, et un fil de soie est passé longitudinalement dans le fond de l'utérus avec l'aiguille de Reverdin. C'est le *fil suspenseur* qui pourra ultérieurement devenir un fil fixateur, ou, au contraire, être enlevé, lorsque les autres fils seront placés (*Fig.* 37).

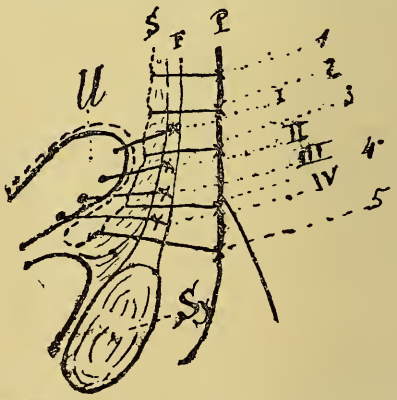

Fig. 38. — Hystéropexie abdominale antérieure (Procédé de F. Terrier). — Schéma représentant la façon de placer les fils fixateurs. — *Légende :* Sy, symphyse pubienne; U, utérus; S, séreuse péritonéale; F, fascia sous-péritonéal, aponévrose, muscles de la paroi abdominale; P, peau et tissu sous-cellulaire sous-cutané; I, II, III, IV, 4 fils fixateurs de l'utérus; 1, 2, 3, 4, 5, points de suture de la plaie abdominale, supposés projetés sur la coupe verticale. (Comparez la place des nœuds des fils fixateurs sur la figure ci-contre et sur le schéma du procédé de Léopold).

M. Terrier emploie de grosses soies. Chaque fil de soie est passé

(1) Toutes ces figures sont extraites de la thèse de Marcel Baudouin (1890).

obliquement d'abord à gauche, si l'opérateur est à droite de la malade, à travers les lèvres de l'ouverture abdominale, la peau exceptée ; il ressort par le péritoine, puis est conduit de *gauche à droite*, *en faufilé*, dans l'épaisseur même du tissu utérin, au niveau environ de la réunion du col et du corps.

Enfin il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. Un deuxième, puis un troisième fil de grosse soie sont passés de même en faufilé, l'un vers le milieu du corps, l'autre très près du fond de l'utérus. On ferme successivement ces *trois fils*, en allant du pubis vers l'ombilic ; puis on enlève le fil suspenseur, ou bien on le suture lui aussi de la même façon (*Fig.* 38).

2° Procédé de Czerny. — Très analogue au précédent, mais un peu plus simple. L'auteur emploie *deux* fils fixateurs seulement, qui prennent en *anse simple* le tissu utérin.

Du reste la figure ci-contre fera comprendre suffisamment ce procédé (*Fig.* 39).

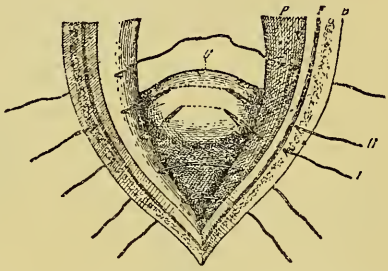

Fig. 39. — Hystéropexie abdominale antérieure (Procédé de Czerny). — *Légende :* I, II, fils fixateurs (anse simple) ; P, péritoine ; F, fascia sous-péritonéal ; B, peau ; U, utérus.

3° Procédé de Laroyenne (1895). — Ce procédé a surtout pour but de limiter au minimum les manipulations intra-péritonéales.

Il nécessite, comme instruments spéciaux, trois longues *aiguilles* et un *hystéromètre* volumineux, à extrémité terminée par une boule, afin de ne pas risquer de perforer l'utérus. Cet hystéromètre est destiné à être introduit dans la cavité utérine, pour réduire l'utérus, et le soulever contre la paroi abdominale, dans le point précis où devra se faire la fixation (*Fig.* 40).

L'utérus sera d'abord dilaté, soit au moyen d'une laminaire mise la veille, soit au moyen des bougies d'Hégar. Cette *dilatation* est nécessaire pour l'introduction de l'hystéromètre. Au moyen de cet instrument introduit dans la cavité utérine, on réduira le prolapsus utérin ou la rétroversion ; puis on fera maintenir contre la paroi abdominale l'organe ainsi soulevé, jusqu'à la fin de l'opération.

La paroi abdominale sera ensuite incisée sur la saillie faite par l'utérus soulevé ; le péritoine sera ouvert dans une étendue de 6 à

7 centimètres seulement, et cette ouverture créée à la séreuse sera immédiatement bouchée avec le corps de l'utérus que l'on pous-

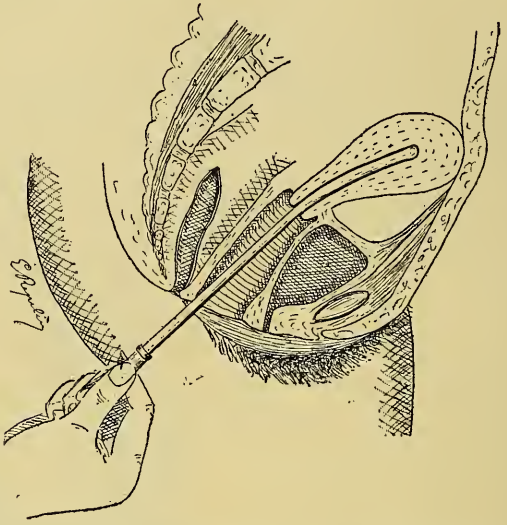

Fig. 40. — Hystéromètre à extrémité renflée, pour l'hystéropexie d'après le procédé de Laroyenne. — L'instrument est en place dans l'utérus.

sera dans la plaie. On s'assurera qu'aucune anse intestinale ne peut être blessée au voisinage du corps de l'utérus, puis on procèdera au placement des aiguilles-broches.

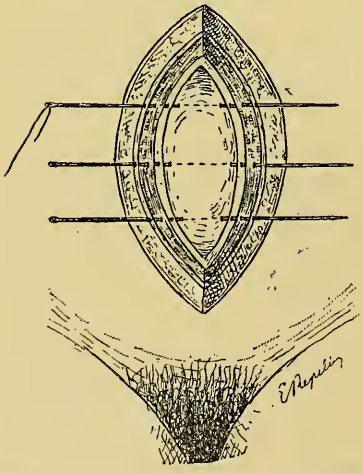

Fig. 41. — Aiguilles-broches utilisées dans l'hystéropexie par le procédé de Laroyenne. — Elles sont en place.

Chaque aiguille traversera successivement l'aponévrose, le péritoine d'un côté, puis la paroi antérieure de l'utérus, pour aller ressortir de l'autre côté en traversant le péritoine et l'aponévrose. Cette aiguille, une fois placée, sera laissée en position jusqu'à ce que les deux autres soient placées à leur tour. On passera ensuite un gros crin de Florence dans le chas de chaque aiguille ; puis on nouera successivement les trois crins. Il suffira enfin de fermer la paroi comme à l'ordinaire (*Fig.* 41).

4° Procédé de Pozzi, — L'auteur applique à l'hystéropexie la *suture continue à surjet* à étages.

A l'aide d'une aiguille de Hagedorn, armée d'un fil de soie fine, mais résistante, il commence par fermer la plaie de la paroi à sa partie inférieure, en faisant un premier surjet qui comprend le péritoine, l'aponévrose et les muscles droits, de façon à prendre à l'angle inférieure un point d'appui. Arrivant alors sur la face antérieure de l'utérus, dont le fond est maintenu relevé et appliqué contre la paroi abdominale, à l'aide d'une pince tire-balle ou d'une pince de Museux, il traverse une première fois la couche superficielle de la paroi

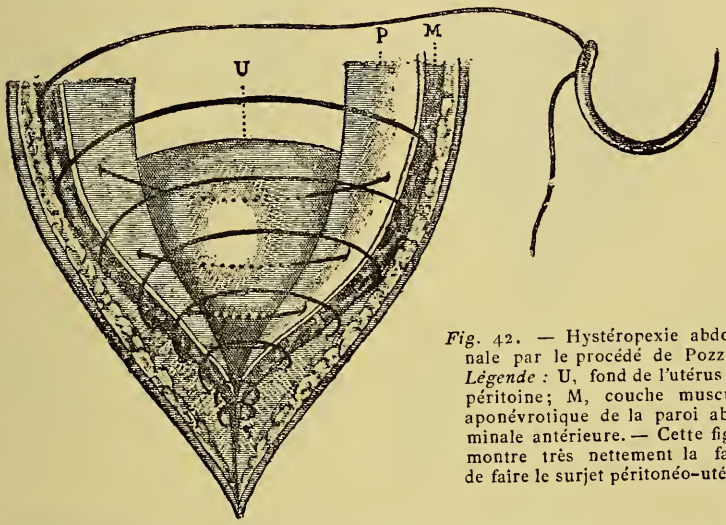

Fig. 42. — Hystéropexie abdominale par le procédé de Pozzi. — *Légende :* U, fond de l'utérus ; P, péritoine ; M, couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale antérieure. — Cette figure montre très nettement la façon de faire le surjet péritonéo-utérin.

antérieure de cet organe avec le fil qui vient de lui servir, et avec lequel il a commencé le surjet péritonéal. Ce premier point de surjet placé, il continue de la même manière, en se dirigeant vers le haut de la plaie (*Fig.* 42). Il réunit ainsi à l'aide du même fil les muscles, l'aponévrose des droits et le péritoine, et la face antérieure de l'utérus ; il termine le surjet comme il le fait dans toute laparotomie.

5° Procédé de Picqué. — L'utérus est saisi avec une ou deux pinces de Museux appliquées plutôt en arrière qu'en avant, afin de bien assurer le contact de l'utérus contre la paroi. On place ensuite sur l'utérus *deux fils de chaque côté de la ligne médiane*, prenant 1 centimètre à 1 centimètre 1/2 de tissu utérin, près du bord de l'organe et traversant la paroi abdominale sauf la peau. Chaque fil est lié sur l'aponévrose. Enfin un *dernier fil* est appliqué ordinaire-

ment dans l'angle inférieur de la plaie du péritoine sur la face antérieure de l'utérus (*point médian*). Il en résulte que l'utérus est fixé par ses deux bords et à la partie inférieure de sa face antérieure. Il reste libre sur la face médiane.

Les fils seront placés de la manière suivante. On leur fera traverser d'abord les muscles droits et le péritoine, puis horizontalement le tissu utérin dans une étendue de 15 millimètres environ, enfin on les nouera sur l'aponévrose.

6° Procédé de Legueu (1898). — Le procédé de Legueu, récem-

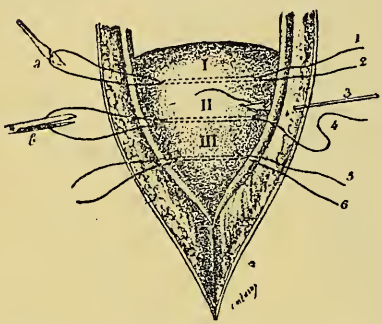

Fig. 43. — Hystéropexie par le procédé de Legueu. — Façon de placer les fils sur l'utérus. — *Légende :* I, 1re anse de fil ; 1, 2, extrémités de cette anse ; *a*, milieu de cette anse placée dans l'aiguille ; II, 2e anse ; *b*, milieu de cette anse fixée par une pince ; 3, une des extrémités ramenée par l'aiguille ; 4, autre extrémité en place ; III, 3e anse, 5, 6, ses extrémités.

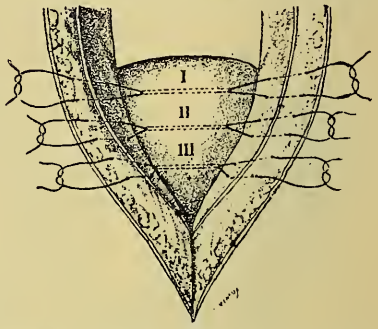

Fig. 44. — Hystéropexie par le procédé de Legueu. — Manière de fixer les fils utérins à la paroi abdominale. — Même légende que dans la figure précédente. — On voit que l'utérus est ainsi solidement fixé à l'abdomen.

ment décrit, est à peine différent de celui de Czerny (*Fig.* 43 et 44). — L'auteur emploie *deux fils*, au lieu *d'un*, par chaque point fixateur.

7° Procédé de Zinsmeister. — Ce procédé se caractérise par ce fait que les *sutures fixatrices sont placées verticalement* sur l'utérus. Elles sont au nombre de deux, une de chaque côté.

L'auteur se sert d'une aiguille armée d'un fil de catgut; il la fait pénétrer d'abord au travers des fibres musculaires superficielles de la corne utérine gauche, puis l'enfonce dans l'utérus, en lui donnant une direction parallèle à la ligne médiane, de façon à la faire ressortir environ à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Ceci fait, l'aiguille est engagée dans la paroi abdominale à 2 centimètres à gauche du bord de l'incision, et traverse le péritoine, le fascia et les muscles de la paroi. La peau n'est pas transpercée. On fait ressortir ensuite l'aiguille dans la cavité abdominale. Le fil est

noué dans l'abdomen. La même manœuvre est répétée à droite et la laparotomie terminée comme d'habitude.

8° Procédé de M. Faucon. — Ce chirurgien ouvre la cavité abdominale très haut, de façon à fixer l'utérus sur une portion intacte de la paroi. Il emploie aussi des *sutures verticales*.

L'incision abdominale commence immédiatement au-dessous de l'ombilic et s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. L'utérus est attiré en haut; puis avec une aiguille courbe, on place un crin de Florence, sur la ligne médiane de la face antérieure de l'organe, plongeant de haut en bas dans le tissu utérin et cheminant sur une hauteur de 25 à 30 millimètres. Le point de la paroi abdominale, à mettre en rapport avec l'utérus, ayant été déterminé avec soin, l'aiguille est alors conduite dans l'épaisseur de la paroi abdominale, abordée par sa face postérieure de bas en haut, et sur une hauteur égale d'environ 30 millimètres, pour ressortir dans la cavité du péritoine. Un second, puis un troisième fil sont placés de la même manière à droite et à gauche du premier. Ils sont distants de ce dernier d'un centimètre environ (*Fig.* 45).

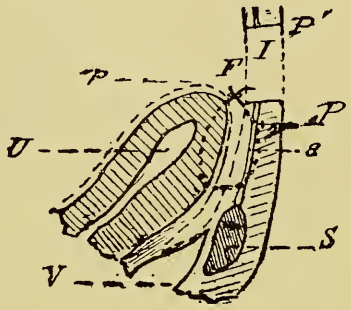

Fig. 45. — Hystéropexie abdominale par le procédé de Faucon. — Méthode des sutures fixatrices verticales. (Coupe verticale du bassin passant par la ligne médiane). — *Légende* : P, coupe de la paroi abdominale; A, aponévrose de la paroi abdominale; P', paroi abdominale, au-dessus de l'incision abdominale; I, incision de la laparotomie; S, symphyse pubienne; V, vessie; U, utérus (coupe médiane); P, péritoine utérin; F, fil fixateur vertical, médian et son nœud intra-péritonéo-abdominal.

Lorsque les fils sont noués, l'utérus se trouve accolé à la paroi, de telle sorte que son fond remonte jusqu'au voisinage de l'angle inférieur de l'incision abdominale, et que les trois nœuds de la suture se trouvent logés dans le sinus formé par l'adossement de l'utérus et de la paroi (*Fig.* 46).

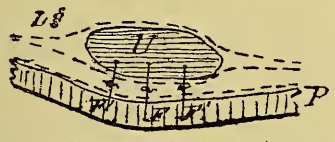

Fig. 46. — Hystéropexie par la méthode des sutures verticales (Procédé de Faucon). — Vue en coupe horizontale.

9° Procédé nouveau de H. Kelly (1896). — Il emploie de la soie moyenne pour faire la fixation. Il pratique une petite incision de 4 centimètres juste au-dessus du pubis; il passe un premier fil dans la paroi abdominale

d'un côté, puis, dans le tissu utérin, sur la *face postérieure* de l'utérus, enfin dans la paroi de l'autre côté. En fixant ce premier fil l'utérus est placé en antéflexion; il met un deuxième fil au-dessus, puis referme le ventre.

*
* *

B. — *Procédés à sutures temporaires.* — Tous les procédés que nous avons décrits jusqu'à présent sont des hystéropexies à sutures perdues intra-péritonéales et intra-pariétales. Quelques chirurgiens préfèrent les sutures *temporaires*, c'est-à-dire des sutures que l'on supprime, lorsque les adhérences ont eu le temps de se faire entre l'utérus et la paroi.

Les premiers opérateurs qui ont eu recours à cette méthode se servaient de deux ou trois des fils destinés à la fermeture de la paroi pour prendre l'utérus. Ainsi ont d'abord opéré Lawson Tait, Gaillard Thomas, Henning, etc. Mais le procédé a été définitivement fixé par Léopold.

A.— Procédé type de Léopold.— Ce n'est qu'un perfectionnement du procédé de Lawson Tait. Lorsque la cavité abdominale est ouverte et l'utérus maintenu dans l'angle inférieur de la plaie, deux ou trois fils destinés à fermer la paroi abdominale sont d'abord placés en bas, en ne comprenant que la paroi propre. Le fil suivant sera le premier fil fixateur. Il traverse d'abord toute l'épaisseur en dehors du bord gauche de la plaie de la paroi abdominale; il passe ensuite au niveau de l'insertion du ligament rond gauche à travers la paroi antérieure de l'utérus; puis il ressort en traversant toute l'épaisseur de la paroi, en dehors du bord droit de la plaie abdominale.

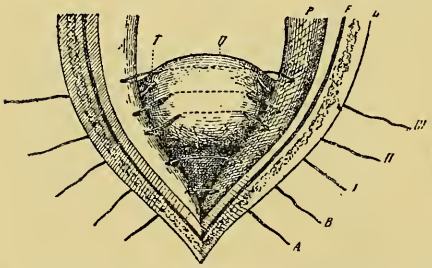

Fig. 47. — Hystéropexie abdominale antérieure par le procédé de Léopold. — *Légende :* I, II, III, fils fixateurs; A, B, fils de suture de la paroi abdominale (partie inférieure); U, utérus; T, trompes; P, péritoine; F, fascia sous-péritonéal; D, derme.

Le deuxième point de suture est placé à un centimètre environ au-dessus du premier ; il pénètre sous la séreuse, au fond de la matrice, près de l'origine des trompes, au milieu des fibres musculaires de la paroi antérieure de ce fond. Le troisième fil est placé de la même manière en arrière de l'insertion des trompes, à un centimètre du deuxième. Chaque fil a un trajet intra-musculaire

utérin d'environ 2 centimètres. D'autres fils sont placés plus haut pour fermer la paroi au-dessus de l'utérus (*Fig.* 47). Lorsque tous les fils sont placés, et la cavité abdominale inspectée, on noue chaque fil, en commençant du côté du pubis. La paroi est donc d'abord fermée au-dessous des fils fixateurs. Ceux-ci sont noués ensuite. Enfin la paroi est fermée au-dessus (*Fig.* 48).

Dans le but de consolider les adhérences, et pour les rendre plus intimes, Léopold fait, dans certains cas, précéder la fixation d'un *grattage*, d'une sorte de scarification de la surface de l'utérus situé entre les points d'entrée et de sortie des fils.

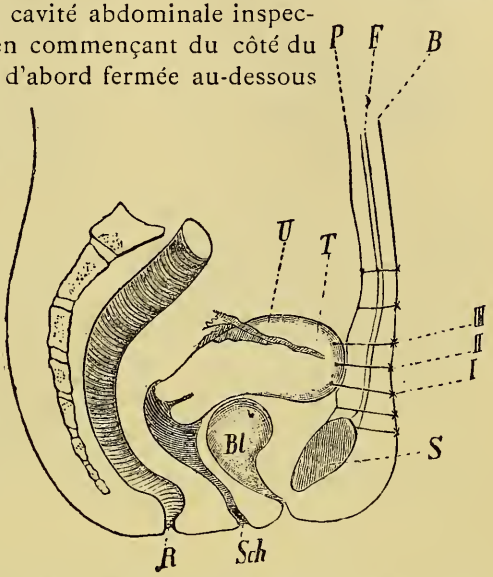

Fig. 48. — Hystéropexie abdominale par le procédé de Léopold. — Schéma montrant de profil la façon dont l'utérus est fixé à la paroi abdominale. — *Légende:* R, rectum; Sch, vagin; Bl, vessie; U, utérus; T, cornes de l'utérus où s'insèrent les trompes; S, symphyse pubienne; P, péritoine; F, fascia sous-péritonéal; B, partie musculo-cutanée de la paroi abdominale; I, II, III, les fils fixateurs de l'utérus : les étoiles indiquent la place des nœuds. — Au-dessus et au-dessous on voit les sutures destinées à fermer l'incision abdominale.

Dans cet ordre d'idées, Thiriar va plus loin encore : il conseille d'*aviver* au bistouri la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus. En avant du globe utérin, il décolle un lambeau qui va d'un ligament rond à l'autre, et qui a environ un centimètre d'étendue.

B. — Procédés divers. — C'est de ce procédé de Léopold, à sutures temporaires, qu'on doit rapprocher : 1° le Procédé de Boldt; 2° celui de Gottschalk; 3° celui d'Hofmeier, etc. — Les modifications qu'ils présentent nous paraissent de trop minime importance, pour mériter une description à part. Celui de Doléris, au contraire, présente des modifications notables.

4° Procédé de Doléris. — Ce procédé peut servir d'intermédiaire entre les procédés directs et les procédés indirects. Il consiste en effet à fixer, de la même façon que Léopold, le fond et la face antérieure de l'utérus à la paroi abdominale ; puis, pour

compléter encore la fixation, l'auteur insère entre les lèvres de la plaie les *ligaments ronds* et *les trompes* (*Fig.* 49), saisis et attirés par un fil qui ressort à l'extérieur. — Il combine donc l'hystéropexie abdominale antérieure à la *fixation intra-abdominale des ligaments ronds*.

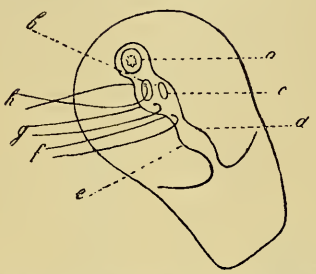

Fig. 49. — Type d'Hystéropexie indirecte.— Procédé d'Olshausen, d'après Sänger. — Schéma de la disposition des fils fixateurs. — *Légende : a*, trompe; *b*, ligament rond; *c*, ligament de l'ovaire; *d*, feuillet postérieur du ligament large; *e*, feuillet antérieur du ligament large; *f*, *g*, *h*, fils fixateurs.

II. — **Procédés Indirects et Semi-directs.** — Tous ces procédés se proposent de fixer l'utérus à la paroi par l'intermédiaire des *annexes* ou des *ligaments* de l'utérus. — Cette fixation peut être *unilatérale* ou *bilatérale*.

1° Procédé ancien de Kelly (1889). — La fixation se fait par l'intermédiaire des *ligaments tubo-ovariens*.

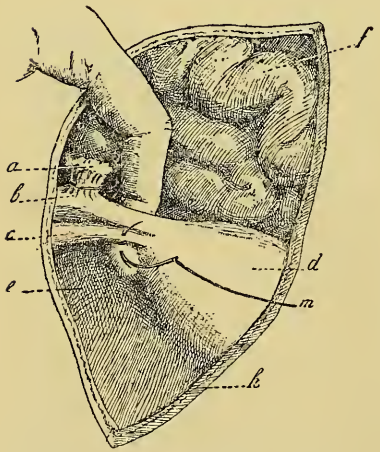

Fig. 50. — Procédé de début de H. Kelly. (1re manière). — Fixation du ligament rond et des cornes utérines (1er temps). — *Légende : a*, pédicule de l'ovaire (ovaire enlevé); *b*, ligament de l'ovaire et trompe; *c*, ligamentrond; *d*, fond de l'utérus; *e*, ligament large; *f*, intestin grêle; *h*, paroi abdominale; *m*, aiguille et fil fixateur.

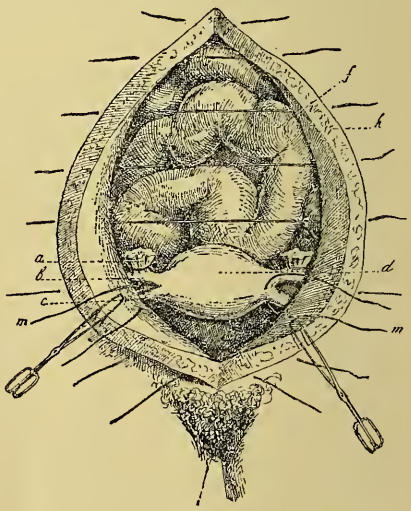

Fig. 51. — Procédé de début de H. Kelly. (1re manière). — 2e temps. — *Légende : a*, pédicule de l'ovaire (ovaire enlevé); *b*, ligament de l'ovaire et trompe; *c*, ligament rond; *d*, fond de l'utérus; *f*, intestin grêle; *h*, paroi abdominale; *m*, *m*, fils fixateurs.

A. L'auteur avait d'abord (Première Manière) fixé à la paroi

les *cornes utérines*, en plaçant un fil en anse sous le *ligament rond* (*Fig.* 50 et 51); mais il eut des échecs, et perfectionna son procédé de la façon suivante.

B. Maintenant (Deuxième Manière), il place d'abord, avec une aiguille courbe, 3 sutures de chaque côté de l'angle inférieur de la plaie (*Fig.* 52). Chaque fil traverse le péritoine à quelques centimètres des lèvres de l'incision, et une partie des muscles droits. On attire alors les annexes d'un côté dans la peau, en exposant le *ligament tubo-ovarien*; puis on fait passer un chef de chacun des fils du même côté, à travers l'aileron du ligament tubo-ovarien, entre l'ovaire et l'utérus (*Fig.* 53). Les trois fils sont saisis dans les mors d'une pince; puis les trois fils de l'autre côté sont placés de la même manière. Quand les six fils seront ainsi placés, on les nouera de chaque côté dans

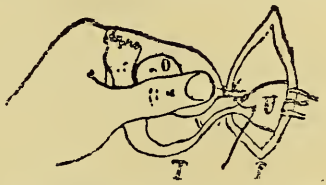

Fig. 52. — Hystéropexie indirecte par le procédé de Kelly, (Deuxième manière). — Façon de passer le fil sur le ligament utéro-ovarien. — *Légende :* U, utérus; P, paroi abdominale incisée; T, trompe droite; O, ovaire droit.

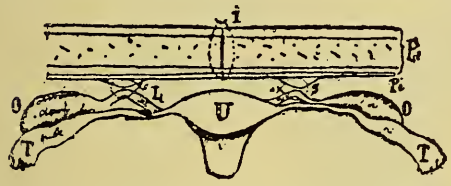

Fig. 53. — Hystéropexie indirecte. — (Procédé de Kelly. Deuxième manière). — Schéma représentant, vu par en haut, l'utérus fixé à la paroi abdominale. — *Légende :* U, utérus; O, ovaires; T, trompe; L, ligament tubo-ovarien; Pa, paroi abdominale antérieure (en coupe); Pe, péritoine pariétal tapissant cette paroi; I, incision médiane de la laparotomie fermée par une suture profonde; S, une suture fixatrice, réunissant le péritoine seul (Pe) de la paroi (Pa) avec le ligament (L).

Fig. 54. — Hystéropexie intra-péritonéale. — (Procédé de Kelly. Deuxième manière). — Schéma représentant, vu de profil, l'utérus fixé par le procédé de Kelly. — *Légende :* P, paroi abdominale antérieure; U, utérus; O, ovaire droit; C, colonne vertébrale et sacrum; S, une suture fixatrice en place du côté droit.

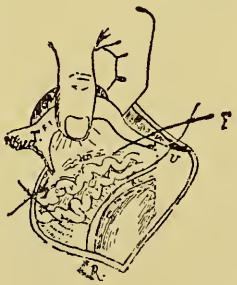

Fig. 55. — Ligature des veines ovariennes dilatées au cours de l'hystéropexie (Kelly). — *Légende :* F, fils destinés à faire la ligature des deux veines ovariennes dilatées; U, utérus; O, ovaire droit; T, trompe droite; L, R, ligament rond droit; Ov, veines ovariennes dilatées et flexueuses (varicocèle ovarien).

la cavité péritonéale, et l'utérus viendra alors s'appliquer contre la paroi, suspendu de chaque côté par ses ailerons (*Fig.* 54 et 55).

2° Procédé de Klotz. — Si les annexes ont été sacrifiées d'un côté, il se sert du *pédicule* formé pour fixer l'utérus. Si les annexes sont saines, il se sert d'une des *trompes* pour obtenir cette fixation.

Quand l'utérus est ainsi soulevé, il passe un *drain en verre* dans la plaie en arrière de l'utérus, jusque dans le cul-de-sac de Douglas, de façon à maintenir l'utérus en antéversion. Il laisse le drain en place pendant trois ou quatre semaines afin de permettre aux adhérences de se former, puis il supprime ce drain.

Ce procédé est encore connu sous le nom d'*Étançonnage utérin.* (Roux).

618.14.86.8

II. — Hystéropexie extra-péritonéale.

Procédés extra-péritonéaux. — On se propose par ces procédés de fixer l'utérus à la paroi, *sans ouvrir le péritoine*. Ces procédés

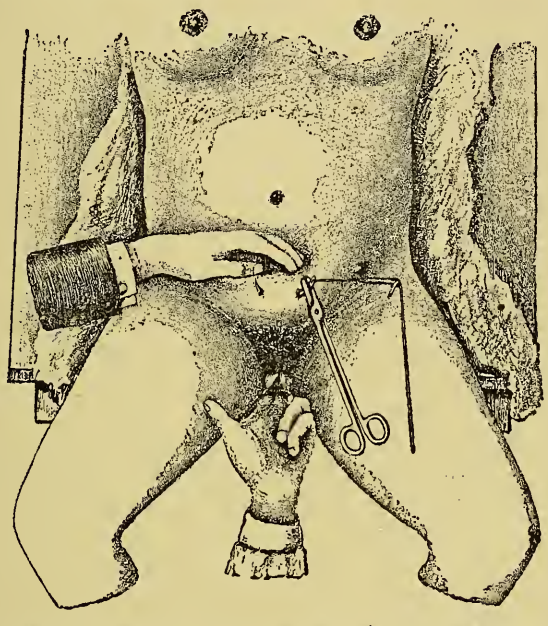

Fig. 56. — Hystéropexie sus-pubienne extra-péritonéale (Procédé de Sims-Kelly). — Manière de soulever et d'enfoncer l'aiguille, sans faire d'incision à la paroi abdominale.

n'ont plus aujourd'hui qu'une valeur purement historique.

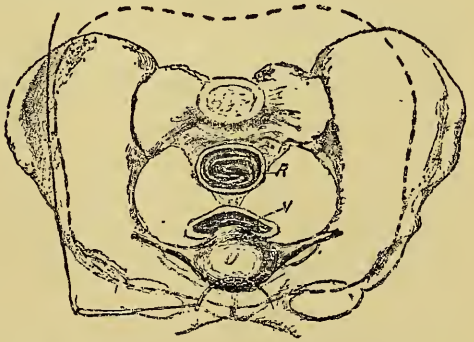

Fig. 57. — Hystéropexie sus-pubienne extra-péritonéale (Procédé de Sims-Kelly). — Place occupée par l'utérus au moment de la fixation. — *Légende :* U, utérus; V, vagin; R, rectum. — Direction de l'aiguille.

A. Manuel opératoire typique. — Conçu par Marion Sims (1859),

puis repris par Kelly, il consiste à amener fortement l'utérus contre la paroi abdominale au moyen de deux doigts introduits dans le vagin, puis, avec une forte aiguille courbe, de traverser toute la paroi abdominale, d'embrocher l'utérus (*Fig.* 56 et 57), et de faire ressortir le fil sur la paroi. Il suffit alors de nouer les deux chefs l'un à l'autre.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Caneva (1882). — Cet auteur a perfectionné le procédé précédent, en le rendant plus sûr. Avec une sonde introduite dans la cavité utérine il fait maintenir l'organe contre la paroi. Il pratique alors une incision médiane, couche par couche, jusqu'au péritoine. Il décolle la séreuse de la paroi, puis place ses fils comme Kelly, mais en se rendant mieux compte de ce qu'il fait. Crespi, pour ne pas blesser la vessie, introduit une sonde dans ce réservoir, de façon à se rendre compte de la hauteur à laquelle elle remonte.

2° Procédé de Vaton (1). — La vessie est d'abord distendue, afin de former un globe facile à suivre et à délimiter. Une incision de 10 à 12 centimètres est faite couche par couche, jusqu'au péritoine. D'une main on maintient les intestins à travers le péritoine, et de l'autre on décolle le péritoine, d'abord de la paroi, puis de la vessie, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. A ce moment, on vide la vessie, puis on continue le décollement de la séreuse sur la face antérieure de l'utérus. Lorsque cette face et le fond de l'organe sont dénudés, on y place des fils comme dans le procédé classique.

3° Autres Procédés. — Kaltenbach, pour rendre la fixation plus solide, conseille de faire avec le péritoine pariétal un véritable capitonnage de l'utérus. — Mendez de Léon, Veit, Assaky, conseillent de mettre la malade dans la position déclive à 45°, pour ne pas blesser l'intestin.

(1) Ce procédé paraît n'avoir jamais été exécuté sur le vivant.

Suites (1). — L'hystéropexie abdominale antérieure ne constitue pas une opération grave. Elle rentre dans la catégorie des laparotomies bénignes. Si l'opération s'est faite dans de bonnes conditions, les suites seront simples. Le septième ou huitième jour, le pansement sera renouvelé et les crins de Florence seront enlevés. Au bout de 15 jours, la malade pourra être considérée comme guérie.

Au cours de l'opération, il peut arriver certains incidents de nature à modifier singulièrement le pronostic. Indépendamment des risques habituels d'infection de toute laparotomie, il faut ajouter ceux qui dépendent de la fixation même de l'utérus. Cet organe est souvent infecté, de telle sorte qu'il devient une cause d'infection, soit du péritoine (par le sang et les liquides utérins, qui suintent à travers les piqûres), soit des fils fixateurs. Dans le premier cas, la mort sera souvent la conséquence de l'accident; dans le second il se formera des *abcès de la paroi* au niveau des fils infectés : ce qui compromettra le résultat de l'intervention.

La fixation de l'utérus à la paroi ordinairement n'entrave pas la miction et permet à la *grossesse* d'évoluer et à l'accouchement de se faire normalement. Cependant elle a nécessité parfois l'opération césarienne [Milander (1895)] et a causé des *dysuries* rebelles.

Indications. — L'hystéropexie abdominale antérieure a été utilisée principalement contre les *rétrodéviations* et contre les *prolapsus* de l'utérus. On pourrait aussi la pratiquer pour maintenir la réduction de l'utérus après *inversion* de l'organe (M. Baudouin), et dans certains cas de *prolapsus des ovaires*.

Aujourd'hui les indications de l'hystéropexie semblent être un peu restreintes et nous lui préférons pour notre part les opérations pratiquées sur les ligaments de l'utérus, les raccourcissements simultanés des ligaments larges et des ligaments ronds, par exemple.

Les *rétroversions* simples et facilement réductibles doivent en effet être traitées par l'opération d'Alexander ou par l'hystéropexie vaginale : opérations simples et sans dangers, dont les résultats sont bons pour ces cas particuliers. — D'autre part, les rétroversions très

(1) Tout ce qui suit s'applique au procédé classique d'hystéropexie intra-péritonéale, que nous avons décrit au début de ce chapitre.

graves, avec lésions de l'utérus et des annexes, ressortent plutôt de la castration vaginale totale ou de la castration abdominale totale. Il n'y a guère que les *cas moyens de rétroversion douloureuse*, c'est-à-dire avec utérus sain et annexes malades d'un côté ou des deux, pour lesquels l'hystéropexie reste l'opération de choix. Encore dans ces cas n'est-elle, la plupart du temps, qu'une opération complémentaire d'une laparotomie pour lésions des annexes.

Pour le *prolapsus* de l'utérus, ses indications sont plus restreintes encore ; elle n'est plus guère pratiquée que chez les *femmes jeunes* et après avoir eu recours sans succès aux colpo-périnéorrhaphies. Ce discrédit a pour cause la médiocrité des résultats obtenus par cette opération, à laquelle on préfère justement l'hystérectomie vaginale, suivie de colpo-périnéorrhaphie chez les femmes arrivées au terme de la vie sexuelle (1). Comme opération complémentaire d'une laparotomie, nous la croyons au contraire toujours indiquée chaque fois que l'utérus sera prolabé. C'est dans le même ordre d'idées, c'est-à-dire comme *opération complémentaire*, que nous la conseillons, dans les cas où les annexes sont trouvées, à l'ouverture du ventre, prolabées dans le cul-de-sac de Douglas.

Quant à la fixation du fond de l'utérus pour *maintenir la réduction d'un utérus inversé*, ainsi que le propose M. Baudouin, nous la croyons absolument logique ; mais nous ne connaissons aucun fait venant appuyer cette manière de voir.

(1) L'utérus en effet redescend peu à peu, et n'est plus maintenu que par une sorte de cordon péritonéal qui s'allonge indéfiniment et n'offre aucune résistance.

CHAPITRE II.

618.14.81.93

RÉDUCTION DE L'UTÉRUS INVERSÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE.

Définition. — Cette opération consiste à pratiquer la réduction de l'utérus inversé, en dilatant par l'abdomen l'infundibulum d'inversion.

Synonymie. — *Opération de Gaillard Thomas*, qui l'a pratiquée le premier.

Historique. — Cette opération a été pratiquée une première fois par Gaillard Thomas avec succès ; mais une deuxième fois la malade mourut de péritonite. Schmalfuss a aussi eu un succès complet. D'autre part Mundé n'a pas réussi à faire la réduction, après avoir dilaté l'anneau.

Technique opératoire.—Pour pratiquer l'opération, toutes les précautions doivent être prises comme pour une laparotomie.

A. Manuel opératoire classique. — L'emploi du plan incliné facilitera considérablement l'opération, en permettant l'exploration facile de l'anneau de l'infundibulum. Un instrument spécial, sorte de dilatateur imaginé par Gaillard Thomas, sera nécessaire. Cet instrument rappelle les dilatateurs employés pour dilater les doigts de gant. Un aide introduira une main dans le vagin, saisira fortement l'utérus inversé, et refoulera solidement l'organe, comme s'il voulait mettre le col utérin en contact avec la paroi abdominale.

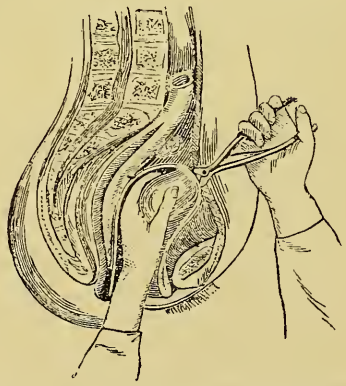

Fig. 58. — Procédé de Gaillard Thomas, pour la réduction d'une inversion par laparotomie. — Incision abdominale et dilatation directe de l'anneau.

Le chirurgien pratiquera alors la laparotomie, ira à la recherche de l'infundibulum d'inversion

qu'il isolera de la cavité péritonéale, au moyen de compresses aseptiques. Puis il introduira dans l'anneau retracté le dilatateur spécial. Ce dilatateur aura parfois beaucoup de peine à pénétrer assez profondément, en raison des adhérences qui uniront entre elles les faces séreuses de l'utérus. On devra rompre ces adhérences, sous peine de voir échouer toutes les tentatives de réduction (*Fig.* 58).

Lorsque l'anneau est dilaté, le chirurgien introduit une main dans le vagin et cherche à réduire l'utérus à travers l'anneau dilaté. Ce temps de l'opération est long et minutieux ; il faut y apporter une grande patience, et recommencer, les unes après les autres, toutes les manœuvres qui ont été préconisées pour la réduction de l'utérus inversé par le vagin. La réduction devra se faire aussi complète que possible; elle sera facilitée par l'instrument laissé en place. Dans aucun cas, il ne faudra la laisser incomplète, et on ne devra cesser les manœuvres que lorsque le fond de l'utérus aura dépassé l'anneau constricteur.

B. Procédé de Marcel Baudouin. — Dans certains cas, on pourra *fixer le fond de l'organe réduit à la paroi abdominale*, afin de maintenir définitivement la réduction (M. Baudouin, 1890).

Nous pensons que cette pratique pourra être surtout utile, lorsque la réduction de l'organe n'aura pas pu être complète. C'est en effet dans ces cas que les récidives paraissent à craindre.

Lorsque la réduction sera terminée, le chirurgien devra procéder de nouveau, et parfaitement, à la toilette de ses mains, avant de continuer l'opération. Cette précaution prise, il fermera le ventre comme d'habitude.

Suites. — Les suites opératoires seront celles de toute laparotomie simple. Malheureusement les accidents survenus au cours de l'opération paraissent fréquents, si on en doit juger d'après le petit nombre de cas connus.

C'est ainsi que Gaillard Thomas eut dans un cas une perforation du vagin avec une forte hémorrhagie, et dans l'autre cas une *péritonite* qui fut mortelle.— Ce dernier accident sera toujours à redouter dans cette opération, qui nécessite des manipulations vaginales et abdominales. On devra donc tâcher de remédier à cet inconvénient, et la meilleure façon nous paraît être de confier les manœuvres vaginales à un aide expérimenté.

Indications. — L'opération de Gaillard Thomas doit être conservée comme une opération de dernière ressource, avant

l'hystérectomie, chez les femmes *jeunes*, et lorsque tous les moyens de douceur et de réduction par le vagin auront été tentés sans succès. Chez les femmes âgées, quand les moyens de réduction vaginale auront échoué, nous lui préférons l'hystérectomie vaginale.

CHAPITRE III.

618.14.81.97
CUNÉOHYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

Définition. — Opération qui a pour but de pratiquer la résection cunéiforme de l'angle de flexion de l'utérus en antéflexion ou en rétroflexion.

Historique. — Cette opération a été imaginée et pratiquée par Thiriar, le 7 juillet 1892.

Technique opératoire. — La préparation de la malade sera celle de toute laparotomie.

La malade aura été purgée l'avant-veille de l'opération. On lui aura prescrit des injections vaginales antiseptiques et des grands bains répétés. La veille de l'opération, les poils du pubis seront complètement rasés et la malade prendra un bain savonneux.

Instruments. — Il ne faut aucun instrument spécial pour cette opération. 1 bistouri, 2 paires de ciseaux, 12 pinces hémostatiques, 6 pinces clamp, 1 pince à disséquer, 1 pince de Museux, 1 aiguille de Reverdin courbe et 2 aiguilles à surjet courbes et de grandeur moyenne suffiront.

Deux aides suffiront : l'un pour l'anesthésie, l'autre pour aider directement.

A. Manuel opératoire classique.— La malade est placée endormie sur le plan incliné; le chirurgien à sa gauche et l'aide à sa droite. Les instruments et les fils sont à la droite du chirurgien, les tampons et compresses à la droite de l'aide.

1° Procédé de Thiriar. — *a*). *Procédé primitif.* — Le chirurgien fait alors sur la ligne blanche une incision de 12 centimètres environ; il débarrasse facilement la cavité pelvienne des anses intestinales, en inclinant la malade à 45°. Saisissant alors le fond de l'utérus avec une pince de Museux, il amène l'organe en antéflexion dans la plaie abdominale; puis au niveau de l'angle de la flexion, sur la face postérieure de l'utérus, *il enlève une sorte de cône elliptique*, ayant deux centimètres de largeur et comprenant transversalement toute la largeur de la matrice. Ce cône doit com-

prendre toute l'épaisseur de la couche musculaire jusqu'à la muqueuse, qui doit être respectée. On réunit alors les bords de l'avivement au moyen de sutures au catgut, que l'on passe dans le tissu utérin avec les aiguilles courbes.

L'affrontement de la surface séreuse devra être aussi parfait que possible et on prendra garde de ne passer aucun fil dans la cavité utérine à travers la muqueuse. Enfin, le ventre sera fermé par trois plans de suture, et la plaie sera recouverte avec une compresse aseptique et un morceau d'ouate stérile; le tout maintenu avec un bandage de corps.

b). *Variante du procédé primitif* (1). — Pour obtenir un redressement plus complet, on peut *comprendre la muqueuse de l'utérus* dans la résection. Mais dans ce cas, un curettage de l'utérus et une désinfection sérieuse de sa cavité auront été faits au préalable.

B. — Procédé de Jonnesco (1897). — Il pratique la cunéohystérectomie antérieure pour rétroflexion et rétrodéviation. Il décolle la vessie pour exciser le coin de l'utérus, suture la plaie utérine et referme le péritoine par-dessus; il complète l'opération en faisant le *raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds* et la *plicature des ligaments larges*.

Suites. Seront celles de toute laparotomie. Le seul accident à craindre pendant l'opération, sera une hémorrhagie causée par l'excision d'une portion de la face postérieure de l'utérus. On devra remédier à cet accident, en pratiquant la ligature directe des vaisseaux lésés, et ne jamais se fier à la suture de la plaie utérine pour arrêter l'hémorrhagie.

En effet, après l'opération, l'écoulement du sang dans le péritoine sera encore l'accident le plus à redouter. S'il se produisait, on ne devrait pas hésiter à ouvrir de nouveau la cavité abdominale pour arrêter l'hémorrhagie, même au prix d'une hystérectomie.

Indications. — Cette opération trouverait son application dans l'*antéflexion de l'utérus*, ou dans certains cas de *rétroflexion* (Thiriar).

Dans l'antéflexion, on ne devra jamais recourir à cette opération avant d'avoir essayé au préalable de guérir l'affection par une stomatoplastie ou une amputation élevée du col. Dans la rétroflexion, ce sera la dernière opération à laquelle on devra songer.

(1) Indiquée par Thiriar, mais ne paraît pas avoir été exécutée.

CHAPITRE IV.

618.14.81.94
LIGATURES ATROPHIANTES DES VAISSEAUX TUBO-OVARIENS.

Définition.—On désigne ainsi la ligature, par l'abdomen, des vaisseaux tubo-ovariens (*Fig.* 59), dans le but d'amener l'atrophie consécutive de certains néoplasmes de l'utérus, fibrome ou cancer.

Historique. — Hofmeier, en 1880, puis von Antal, en 1882, attirèrent l'attention sur le rôle de la ligature des vaisseaux tubo-ovariens dans le cas de fibrome. On observerait, d'une part, la dégénérescence graisseuse de l'ovaire, et, d'autre part, l'atrophie du fibrome, par suite des troubles de nutrition de l'utérus.

Cette opération a été admise, comme pis aller, lorsque la castration pour fibrome était impossible (Terrier, Segond, etc.).

Pryor, en 1897, a même pratiqué la ligature des *deux iliaques internes* pour cancer récidivé de l'utérus.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront ceux d'une laparotomie ordinaire.— On aura à sa disposition les *instruments* nécessaires pour pratiquer la castration : un bistouri, deux paires de ciseaux, six longues pinces hémostatiques, douze pinces hémostatiques ordinaires, une aiguille de Reverdin mousse, des aiguilles à surjet ; enfin les fils, compresses et accessoires nécessaires dans toute opération abdominale.

A. Manuel opératoire typique. — Le ventre est ouvert comme d'habitude. L'utérus est exploré avec soin et les annexes recherchées. Si elles sont pédiculisables, on aura recours plutôt à la castration (opération d'Hégar); dans le cas contraire, on procèdera à la ligature atrophiante. Entre le pouce et l'index, on reconnaîtra quelquefois les battements de l'artère utéro-ovarienne qui, dans le cas d'annexes sessiles et de tumeur volumineuse, serpente à la surface de la masse. On placera sur cette artère deux fils : l'un, le plus externe possible, destiné à arrêter le sang venant de l'aorte, l'autre le plus interne possible, en empiétant au besoin dans le tissu utérin,

pour arrêter le sang qui vient de l'utérus par l'anastomose de l'utérine avec l'utéro-ovarienne.

Si l'artère ne peut pas être reconnue, avec une aiguille mousse, on passera, au-dessous des annexes étalées, des anses de soie qui s'entrecroiseront entre elles, de façon à faire une ligature en chaîne.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Hégar. — Hégar a pratiqué la ligature atrophiante en chaîne avec un *fil élastique* abandonné.

2° Procédé de W. R. Pryor (1897). — Cet auteur lie l'*artère iliaque interne* de chaque côté, après ouverture du ventre. Il a employé cette méthode dans un cas de récidive inopérable de cancer de l'utérus.

Suites. — Ce seront celles de toute laparotomie. Le seul accident qu'on doive craindre est l'*hémorrhagie* consécutive à la blessure des gros troncs veineux, qui sillonnent souvent la surface de l'utérus fibromateux. Cette hémorrhagie peut s'observer après l'opération, sous forme de suintement intra-péritonéal, et devenir le point de départ d'une infection secondaire du péritoine.

Indications. — Cette opération trouvait son indication, lorsque la castration était l'opération de choix pour les fibro-myômes, et que les annexes ne pouvaient être enlevées. C'etait un pis aller, auquel on recourait d'autant plus volontiers que l'hystérectomie supra-vaginale donnait des résultats peu encourageants.

Aujourd'hui cette opération n'a plus sa raison d'être. Tout au plus trouvera-t-elle quelques indications comme *opération complémentaire*, à la suite d'une myomotomie, par exemple.

CHAPITRE V.

618.14.81. [≡.14+.4]
SUTURE UTÉRINE. — LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES PAR VOIE ABDOMINALE. PLAIES DU CORPS DE L'UTÉRUS.

Définitions. — Les plaies du corps de l'utérus sont intra-péritonéales. On a voulu les distinguer en plaies de *l'utérus gravide* et plaies de l'utérus à *l'état de vacuité*; en plaies *traumatiques* et plaies *chirurgicales*. — Un seul point doit intéresser le chirurgien : La plaie est-elle communicante, ou non, avec la cavité-utérine ?

Technique opératoire. — I. SUTURES UTÉRINES. — A. *Plaies non-communicantes.* — Habituellement sans importance. Elles devront être SUTURÉES en adossant les surfaces séreuses. Elles peuvent rarement intéresser des vaisseaux artériels, qui nécessiteront, soit des ligatures immédiates dans la plaie, soit des ligatures médiates.

B. *Plaies communicantes.* — Indépendamment de l'hémorrhagie consécutive au traumatisme qui a causé la plaie, on doit surtout se préoccuper de l'*infection*, qui peut venir de la cavité utérine. Si l'utérus est manifestement infecté, et si la plaie communicante offre une certaine étendue, on fera mieux de recourir à l'opération de Porro ou à l'hystérectomie totale. Si, au contraire, la désinfection de la plaie paraît possible, on devra pratiquer la SUTURE de cette plaie de la façon suivante. Un *surjet* à points rapprochés sera fait, avec un catgut, sur la muqueuse utérine, en prenant 2 ou 3 millimètres de muscle utérin.

Cette suture devra être faite minutieusement, son but étant de créer un obstacle mécanique aux produits septiques de la cavité. Les deux lèvres de la plaie seront de nouveau nettoyées avec de la solution de sublimé à 1 °/₀₀; puis un deuxième surjet avec un catgut sera fait, pour réunir la tranche musculaire, sans comprendre la séreuse. Celle-ci sera ensuite suturée au moyen d'un troisième surjet à points serrés, et adossant parfaitement la séreuse à elle-même.

La suture terminée, on ne devra voir aucun écoulement sanguin.

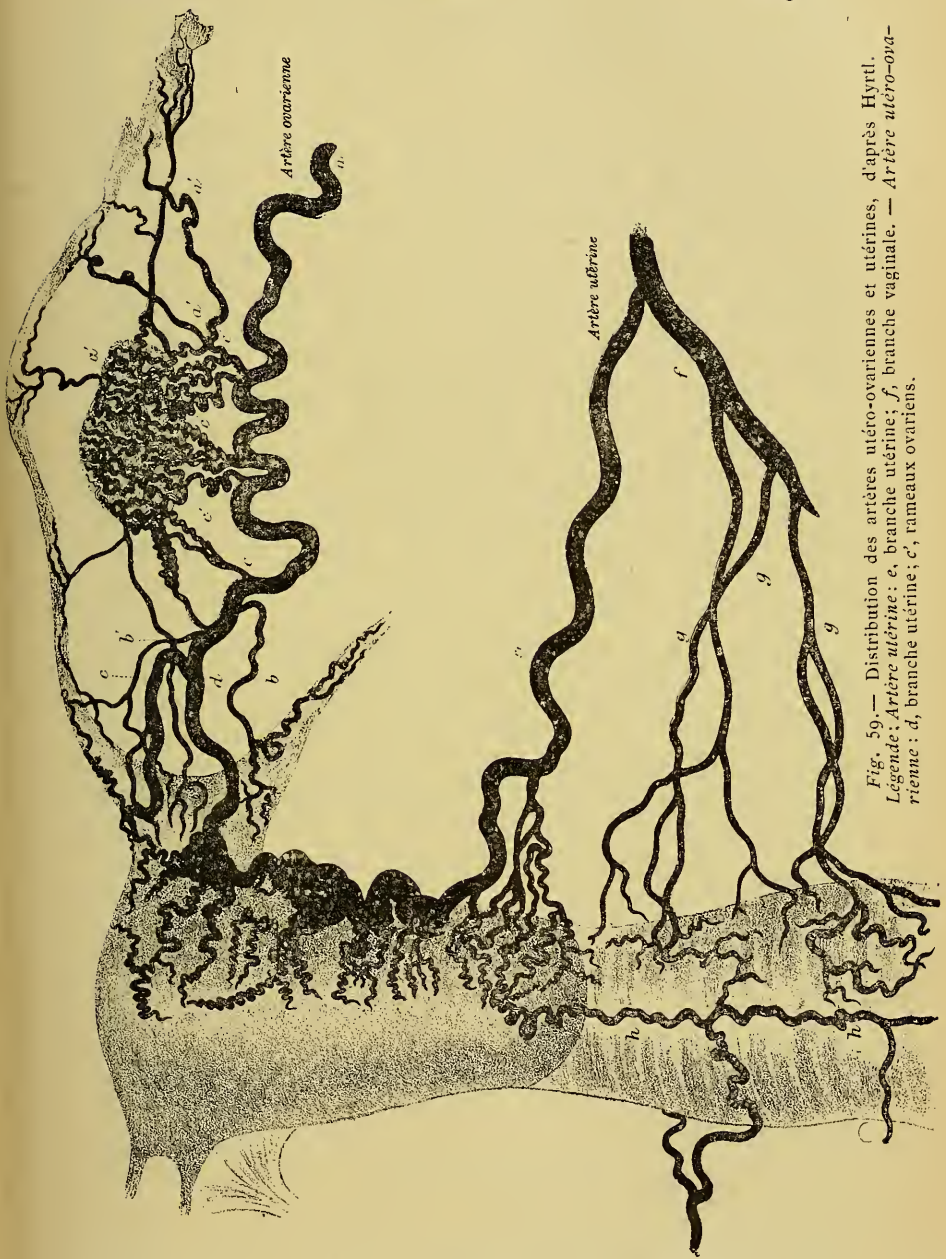

Fig. 59. — Distribution des artères utéro-ovariennes et utérines, d'après Hyrtl. *Légende : Artère utérine : e*, branche utérine ; *f*, branche vaginale. — *Artère utéro-ovarienne : d*, branche utérine ; *c'*, rameaux ovariens.

S'il en existait, on placerait quelques points supplémentaires, en

ayant soin de ne pas pénétrer dans la cavité utérine, tout en prenant le plus de muscle possible. Enfin on aurait, comme ressource extrême, de pratiquer la ligature des artères utérines par l'abdomen, ou même l'hystérectomie.

II. Ligature des Artères utérines. — *La ligature de l'artère utérine d'un côté ou des deux côtés peut être suffisante pour arrêter une hémorrhagie du corps.* — En effet les deux artères *utéro-ovariennes* n'ont qu'une importance relative, quand l'utérus a son volume normal, et n'est pas gravide. Elles sont en quelque sorte des anastomoses supérieures, toutes prêtes à fonctionner par suppléance, lorsque les *artères utérines* ne suffisent plus à l'irrigation de l'organe, lorsqu'il s'agit d'une grossesse ou d'une tumeur utérine volumineuse (*Fig.* 59). En effet, si on la sectionne transversalement, on remarque que c'est le bout utérin qui fournit le jet de sang. Le chirurgien doit donc savoir faire la ligature de l'artère utérine par l'abdomen.

La ligature de l'artère utéro-ovarienne, si elle est nécessaire, ne mérite pas de description spéciale (Voir *Ligatures atrophiantes*).

La malade sera placée dans la position déclive à 45°. L'utérus sera saisi au moyen d'une pince de Museux, placée à cheval sur son fond, et de préférence à l'endroit de la solution de continuité. On l'attirera fortement en haut et en arrière, et on la fera maintenir dans cette position par l'aide.

On cherchera le point de réflexion du cul-de-sac vésico-utérin, ordinairement facile à reconnaître par la présence d'une bande nacrée fibreuse à direction transversale. Sur cette bande on tracera avec le bistouri une *petite incision transversale*, longue de 2 centimètres, et dépassant en dehors le bord de l'utérus. Cette incision sera très superficielle et n'intéressera que la séreuse.

Avec l'index de la main gauche, entourée d'une compresse de gaze, on décollera le péritoine, puis la vessie et l'uretère, en *creusant un véritable tunnel*, jusqu'à ce que le doigt arrive au contact du cul-de-sac vaginal antérieur. Dans le décollement limité, la pulpe du doigt doit toujours sentir le bord de l'utérus et ne jamais s'en écarter. Quand on sera arrivé au vagin, on abandonnera l'utérus à son propre poids, puis avec l'index droit, introduit dans le fond du cul-de-sac de Douglas et porté vers l'index gauche resté dans son tunnel, on reconnaîtra la situation de l'artère utérine, dont on sentira les battements.

On glissera alors le long de l'index gauche, resté sur l'artère,

une aiguille de Reverdin mousse et courbe, que l'on fera passer sous l'artère, puis à travers le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Avec cette aiguille, on placera un fort fil de soie, dont une des extrémités sera libre dans le cul-de-sac de Douglas, et dont l'autre bout sortira par le tunnel creusé en avant. Il suffira alors de faire traverser à ce dernier chef le feuillet postérieur du ligament large pour le ramener dans le cul-de-sac de Douglas avec l'autre chef. En nouant les deux chefs, l'artère utérine se trouve liée. Il suffit alors de fermer par 2 ou 3 points de surjet la petite plaie transversale faite dans le cul-de-sac vésico-utérin.

Si les deux artères utérines doivent être liées, on fera d'emblée une incision transversale permettant l'accès des deux bords de l'utérus. Les fils seront passés successivement sous les deux crosses artérielles et liés ensuite en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, ou même directement en avant.

Suites. — L'hémorrhagie sera toujours à redouter, surtout si la suture de la plaie a été pratiquée sur un utérus gravide. La ligature de l'artère utérine expose à prendre l'*uretère* dans l'anse de la ligature ; elle pourra aussi se trouver inefficace en raison de ses anastomoses avec l'artère utéro-ovarienne qui viendra la suppléer.

Indications.— On peut, au cours d'une laparotomie, *blesser* l'*utérus* et provoquer une hémorrhagie. C'est pour remédier à ces accidents que le chirurgien devra savoir pratiquer les sutures des plaies utérines et la ligature des vaisseaux utérins. Ces opérations n'ont leur raison d'être, que si les annexes de la femme ont été conservées ; car, dans le cas contraire, la castration abdominale totale remplira mieux, et plus sûrement, l'indication.

CHAPITRE VI.

618.14.81.6 [≡.5+.6]
MYOMOTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Définition. — On donne le nom de myomotomie intra-péritonéale à l'énucléation des corps fibreux interstitiels de l'utérus par la voie abdominale.

Le but de cette opération est de conserver à la femme ses organes génitaux internes, en ne s'attaquant qu'au fibrome.

Synonymie. — Cette opération est quelquefois désignée, et à tort, sous le nom d'*Hystérectomie abdominale*, dénomination qui s'applique aussi à l'hystérectomie supra-vaginale.

Enfin, on la désigne le plus souvent sous le nom *d'Enucléation intra-péritonéale.*

Historique. — Cette opération est ancienne et a été pratiquée par Spencer Wells dès 1863. Spiegelberg la préconisa onze ans plus tard (1874). Mais c'est A. Martin qui l'a vulgarisée et en a réglé la technique aujourd'hui, adoptée par le plus grand nombre des chirurgiens.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront les mêmes que pour toute laparotomie. Il faudra insister sur la désinfection préalable du vagin et du col de l'utérus ; car la cavité utérine pourra être accidentellement ouverte pendant l'opération.

Le chirurgien aura à sa disposition les *instruments* suivants : 1 bistouri, 1 paire de ciseaux droits, 1 paire de ciseaux courbes, 1 pince à disséquer, 12 pinces hémostatiques petites, 12 pinces hémostatiques longues, 1 pince clamp coudée, 1 pince clamp droite, 3 pinces à abaissement, 1 aiguille de Reverdin, 3 aiguilles à surjet de grandeur variable (modèle A. Martin), 2 écarteurs.

Un seul aide suffira.

Manuel opératoire. — Il faut distinguer deux cas, ainsi que le fait Martin. Les cas où le fibrome est *sous-péritonéal*, c'est-à-dire développé sous le péritoine qui recouvre l'utérus; et les cas où le fibrome est *intra-ligamentaire*, c'est-à-dire développé dans l'épaisseur du ligament large, ou sous le péritoine pelvien.

618.14.81.66

A.— *Fibrome saillant avec l'utérus dans la cavité péritonéale.*

Procédé classique. — La malade est placée sur le plan incliné, le chirurgien à sa gauche, l'aide à sa droite.

On pratiquera alors une incision médiane assez longue, pour permettre de manœuvrer facilement dans la cavité abdominale. L'incision sera donc proportionnée au volume de l'utérus. La cavité péritonéale sera ouverte très bas du côté du pubis. On placera ensuite des compresses protectrices, pour isoler les anses intestinales du champ opératoire; puis on attirera l'utérus hors du ventre autant que possible.

L'opérateur a alors sous les yeux le fibrome à énucléer. A. Martin recommande de pratiquer une *ligature élastique temporaire* à la base de la tumeur, le plus près possible du col, pour assurer l'hémostase (*Fig.* 60). Pour atteindre ce but, il enroule un tube de caoutchouc autour du col utérin et maintient avec une pince les deux bouts du tube. On peut alors inciser l'organe en toute sécurité, sans avoir à craindre la moindre hémorrhagie. Nous croyons cette précaution inutile dans un bon nombre de cas. L'incision du tissu utérin donnera peu de sang, et nous ne voyons que des avantages à repérer avec des pinces, au fur et à mesure de leur section, les vaisseaux divisés. En cas d'hémorrhagie difficile à arrêter, on devrait pratiquer la *ligature des artères utérines*, en décollant la vessie.

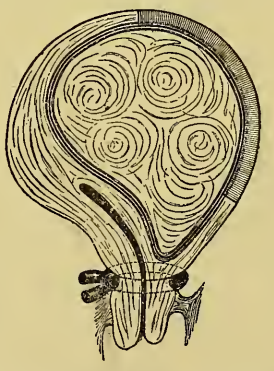

Fig. 60. — Enucléation d'un myome intra-pariétal. — Ligature élastique temporaire. — Ligne d'incision.

Quoi qu'il en soit, le tissu utérin sera incisé directement, sur le fibrome, hardiment jusqu'au fibrome lui-même, de façon à reconnaître facilement la loge qui le contient.

A ce moment, on décollera doucement avec le doigt le néoplasme, dont on suivra les contours exactement, sans se préoccuper du tissu utérin. On ira avec précaution, en arrivant près de la muqueuse, utérine, sous laquelle font saillie la plupart de ces tumeurs ; on *tâchera de respecter cette muqueuse* qu'on détachera de la masse. Celle-ci sera ensuite enlevée, sans qu'on ait eu besoin, la plupart du temps, de

sectionner des vaisseaux importants. La cavité occupée par la tumeur sera soigneusement nettoyée. On la traitera ensuite de la façon suivante. Si elle est volumineuse et en communication avec la cavité utérine, on placera un gros *drain* en T, qu'on fera ressortir, à travers la muqueuse utérine, par le col utérin. Si elle est petite au contraire, on cherchera à en obtenir l'effacement complet.

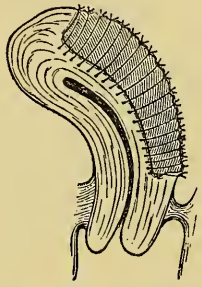

Fig. 61. — Suture après l'énucléation.

Si la cavité utérine a été ouverte au cours de l'opération, on pratiquera d'abord un *surjet au catgut sur la muqueuse*; puis, pour obstruer la cavité du fibrome, on placera toute une série de fils, tous rapprochés les uns des autres, et cheminant sous la capsule du fibrome. Chaque fil formera une anse sous les parties cruentées, qui seront, de cette façon, mise au contact (*Fig.* 61).

Lorsque tous ces fils seront placés et liés, l'utérus sera remis en place. On s'assurera qu'aucun écoulement de sang n'a lieu, et on fermera la paroi comme d'habitude.

Le danger de cette opération réside dans l'écoulement de sang ou de liquides utérins dans la cavité péritonéale ; nous croyons donc qu'il est utile de pratiquer le drainage du cul-de-sac de Douglas, à moins que la cavité du fibrome n'ait été drainée par le col.

Le pansement sera celui de toute laparotomie.

618.14.81.65

B. — *Fibrome intra-ligamentaire.*

A. Procédé classique. — Dans ces cas, l'hémorrhagie est peu redoutable. Après avoir ouvert largement la cavité abdominale, la malade étant placée dans la position déclive, on fait une longue incision du péritoine, sur la partie la plus saillante de la tumeur. On décolle ensuite le péritoine de la tumeur, avec le doigt dont on se sert pour faire l'énucléation. Dès qu'une partie de la tumeur est accessible, on la saisit avec des pinces de Museux, ou bien on y enfonce un désenclaveur, afin d'exercer des tractions sur le néoplasme lui-même. On arrive ainsi à l'énucléer de sa loge. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien le fibrome n'a *pas de pédicule* et est énucléé en entier; ou bien il a *un pédicule*, que vient lui former la trompe du côté correspondant, qui se trouve en quelque sorte étalée sur la tumeur, par suite du dédoublement et de l'effacement du liga ment large. Dans ce cas on fera une ligature à pédicule.

L'ablation de ces tumeurs, habituellement très volumineuses, laisse consécutivement une cavité très vaste. Cette cavité ne nécessitera aucun traitement particulier.

Il suffira, en effet, de suturer avec un surjet l'ouverture qui aura été faite, sans se préoccuper de la cavité elle-même. A. Martin,

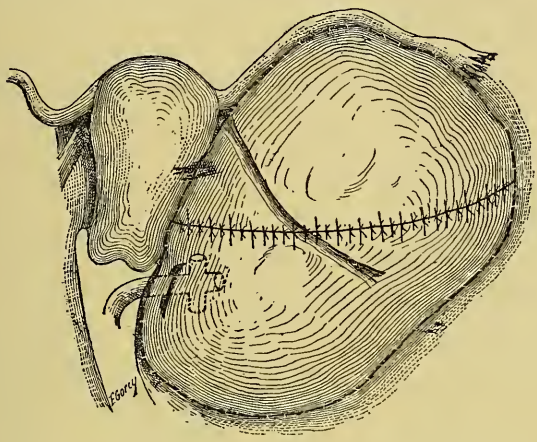

Fig. 62. — Myome intra-ligamentaire. — Enucléation et suture de la poche. — Drainage prophylactique de A. Martin.

conseille de la drainer dans le cul-de-sac postérieur du vagin (*Fig.* 62). — Nous croyons cette précaution inutile.

Lorsque l'incision du péritoine pelvien aura été suturée, la paroi abdominale sera fermée comme d'habitude et la malade pansée. Le drainage péritonéal, dans ces cas-là, sera inutile.

B. Procédés divers. — L'énucléation des corps fibreux, par la voie abdominale, telle que nous venons de la décrire, constitue le procédé le plus généralement adopté.— Il en existe d'autres, cependant, qui présentent des modifications plus ou moins importantes. C'est ainsi que nous allons passer successivement en revue les procédés de Freund, Schrœder, Jaboulay et Témoin.

1° Procédé de Freund (1888). — Ce chirurgien pratique d'abord l'énucléation comme dans le procédé classique. Puis il ouvre, de parti pris, la cavité de l'utérus et établit un *tamponnement complet de la cavité du fibrome et de la cavité utérine par le vagin.*

Il emploie à cet usage une très longue mèche de gaze iodoformée. Une des extrémités passe dans le vagin à travers le col ; puis la mèche est repliée en accordéon dans la cavité utérine d'abord, puis dans la cavité du fibrome. Quand celle-ci paraît suffisamment dis-

tendue, on referme la plaie utérine à points séparés et très rapprochés. Le ventre est ensuite refermé.

2° Procédé de Schroeder. — Il n'offre de particularités que dans les cas d'énucléation des fibromes situés dans le tissu cellulaire pelvien. Du côté correspondant à la tumeur, les *annexes sont sectionnées* entre deux ligatures.

L'incision est prolongée en avant et en arrière sur la tumeur ; puis celle-ci est énucléée. On applique alors un tube élastique tout autour du col de l'utérus, au-dessous de la tumeur a énucléer, et on coupe les attaches qui la relient à l'utérus. On draine par le vagin après avoir suturé le péritoine pelvien.

3° Procédé de Küster (1884). — Dans le même ordre d'idées, ce chirurgien *tamponne avec de la gaze iodoformée la cavité occupée var le fibrome* ; il *réunit* ensuite les *lèvres de l'incision,* faite au péritoine pelvien sur l'utérus, aux *lèvres de l'angle inférieur de la plaie* abdominale. Celle-ci est alors fermée, excepté au niveau de l'angle inférieur, par où sera retiré le tamponnement.

4° Procédé de Jaboulay (1893). — Il s'adresse aux fibromes interstitiels et sous-muqueux de volume moyen.

Le ventre est ouvert comme d'habitude ; puis l'utérus et ses fibromes attirés au dehors pour rendre l'intervention extra-péritonéale, si c'est possible. Dans le cas contraire, on opère *in situ.* S'il y a plusieurs fibromes de petit volume, on fera directement, sur le tissu utérin, autant d'incisions qu'il y a de fibromes à énucléer (*Fig.* 63). Parfois une incision permettra d'énucléer deux ou trois fibromes. Au cours de ces incisions et de ces énucléations, on pratiquera avec soin la ligature des artères qui seront coupées. S'il n'y a qu'une grosse tumeur, on fendra le fond de l'utérus dans le sens antéro-postérieur, et on énucléera la masse.

Pour arrêter le sang, chaque cavité de fibrome sera *tamponnée* d'abord avec la gaze iodoformée ; puis, quand le sang sera arrêté, on fermera chaque incision avec un fil de soie passé en bourse. Dans les cas de cavités volumineuses, ayant amené l'ouverture de la muqueuse utérine, on fera une *suture de cette muqueuse* et une deuxième suture de la paroi musculaire. Enfin le globe utérin ainsi suturé sera entouré par des lanières de gaze iodoformée, maintenues par un bandage aseptique compressif ; puis il sera *amené hors du ventre*, qu'on refermera au-dessus, mais qu'on laissera ouvert dans l'angle inférieur, pour laisser l'utérus hors du ventre.

Si des adhérences empêchent d'amener l'organe hors du ventre,

on pratiquera tout autour un Mikulicz, qu'on fera ressortir par l'angle inférieur de la plaie, largement ouverte pour cet usage.

On évitera par ce moyen toute hémorrhagie intra-péritonéale et on assurera l'écoulement au dehors des liquides sécrétés par l'utérus. L'utérus rentrera peu à peu dans le ventre pour reprendre sa place normale.

5° Procédé de Témoin (1896). — Ce chirurgien, dans les cas de fibrome unique, fait la myomotomie comme d'habitude. Il se con-

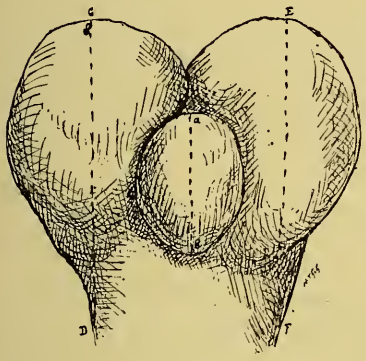

Fig. 63. — Incisions de décortication de différents noyaux fibromateux (Témoin). — A B, incision sur un petit fibrome ; C D. E F, incisions pour gros fibromes.

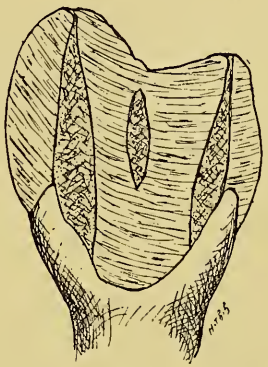

Fig. 64. — Moignon utérin, la tumeur enlevée (Témoin).

tente, comme hémostase préventive, de placer à cheval sur les ligaments larges, de chaque côté de l'utérus, une *pince clamp* à mors longs et flexibles, qu'il a garnis de tubes en caoutchouc. Il enlève ces pinces, quand la suture de la plaie utérine est terminée (*Fig.* 63 et 64).

Suites. — Pendant l'opération on pourra craindre l'*hémorrhagie*, si l'incision est faite très bas ou sur les côtés. Dans ce cas, on fera la ligature de l'artère utérine, ou mieux on pratiquera l'hystérectomie.

Dans certains cas de fibromes du segment inférieur, on devra songer (avant de faire l'incision) à la situation de la *vessie* et des *uretères*, et on aura soin d'isoler ces organes du col de l'utérus.

Après l'opération, on craindra toujours l'écoulement du sang dans le péritoine.

Indications. — Malgré quelques statistiques récentes, la myomotomie est une opération pour le moins aussi grave que l'hystérectomie abdominale totale. Elle offre en outre le désavantage d'exposer le chirurgien à laisser de petits noyaux fibreux qui se développeront plus tard.

Elle n'a donc sa raison d'être que dans le désir de conserver à la femme jeune la possibilité de *devenir enceinte*. Encore, dans ce cas, ne devra-t-on y recourir que s'il n'y a qu'*un seul noyau fibreux*, et si ce noyau n'est pas trop volumineux, afin de laisser en place un utérus qui se rapproche du volume normal.

CHAPITRE VII

618.14.81.67
MYOMECTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE.

Définition. — Nous réservons le nom de myomectomie intra-péritonéale, ou myomectomie proprement dite, à l'extirpation, par l'abdomen, d'une tumeur fibreuse *pédiculée* de l'utérus.

On pourrait encore dire *Laparo-myomectomie*, pour ne pas la confondre avec la Vagino-myomectomie, ou ablation d'un *polype fibreux* par le vagin.

Historique. — On le retrouvera à l'historique de l'hystérectomie supra-vaginale.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir une laparotomie; le vagin sera en outre désinfecté ainsi que le col de l'utérus, dans le cas où l'hystérectomie abdominale deviendrait nécessaire. — Aucun *instrument* spécial: un bistouri, ciseaux droits, une pince à disséquer, 18 pinces hémostatiques de différentes grandeurs, deux écarteurs, deux aiguilles à surjet et une aiguille de Reverdin suffiront. On fera bien aussi d'avoir à sa disposition un désenclaveur.

Manuel opératoire. — La malade est placée sur le plan incliné. L'aide est à sa droite et le chirurgien à sa gauche. Dès que l'anesthésie est complète, on voit la tumeur qui soulève la paroi. On pratique alors une incision médiane de 10 à 12 centimètres, dont le milieu correspond à la partie saillante de la tumeur.

Le péritoine une fois ouvert, la tumeur est attirée hors du ventre. Deux cas peuvent alors se présenter.

1° **Le pédicule est petit.** — Il suffira de l'embrocher et d'y passer un *fil double*, qu'on liera très énergiquement. La ligature faite, on sectionnera le pédicule à 1 centimètre au-dessus de la ligature. La plupart des chirurgiens bornent là leur intervention, et se contentent de *désinfecter le pédicule* ainsi formé avec une solution antiseptique quel conque ou avec le thermo-cautère. Schrœder conseille de *cacher la surface de section* du pédicule, en suturant par quelques

points le péritoine par-dessus. Martin pratique une *section conoïde* du pédicule, place des sutures profondes, qui rapprochent toutes les parties cruentées, sauf le péritoine ; puis il termine par une suture séro-séreuse.

2° **Le pédicule est volumineux.** — On le réduira facilement, en l'étreignant dans les mors d'une pince clamp, ou en le serrant vigoureusement avec une corde de caoutchouc.

Pour éviter toute hémorrhagie lors de sa section, on pourra placer une ligature élastique sur l'utérus, aussi bas que possible, en déprimant les ligaments larges (Pozzi). Cette précaution est inutile la plupart du temps. Les fibromes pédiculés sont rarement très vasculaires, et rien n'est plus facile que de lier les quelques vaisseaux qu'on rencontrera, pendant qu'on pratiquera la section.

Quand on retirera la pince ou la corde de caoutchouc, le pédicule sera très aminci et il pourra être traité comme précédemment. Cependant, s'il est volumineux, nous préférons appliquer la *méthode de la collerette*. Une incision circulaire est faite tout autour du pédicule, n'intéressant que le péritoine et une faible épaisseur de la couche musculaire. Cette collerette sera disséquée jusqu'à l'utérus ; et là, avec le doigt, entouré d'une compresse de gaze, presque toujours, on pourra énucléer la tumeur, sans provoquer le moindre écoulement de sang. Quand la tumeur sera détachée, on pratiquera avec soin la ligature de tous les vaisseaux ouverts. Puis on fermera avec des sutures profondes la cavité qui contenait le pédicule du fibrome ; enfin, on pratiquera une *suture en surjet* sur les bords de la collerette, en prenant bien soin d'adosser exactement les surfaces séreuses (H. Delagénière).

Avant de réduire le pédicule, on devra s'assurer avec soin qu'aucun écoulement de sang ne se fait par les orifices des points de suture. On cherchera à remédier à cet écoulement de sang en plaçant d'abord quelques sutures complémentaires, puis en *fixant contre la paroi le pédicule saignant*. Si le pédicule ne peut pas être mis en contact avec la paroi, on pratiquera un tamponnement de Mikulicz. Enfin, comme dernière ressource, on ne devra pas hésiter à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, qui est peut-être une opération moins grave qu'une simple myomectomie, ainsi que tendraient à le démontrer des statistiques récentes.

La paroi sera suturée comme d'habitude, puis la malade pansée aseptiquement.

Suites. — Elles seront habituellement simples, comme après toute laparotomie aseptique.

Le seul danger redoutable après la myomectomie est *l'écoulement du sang dans le péritoine.* On devra toujours avoir cet accident présent à l'esprit, et ne pas hésiter à rouvrir la cavité abdominale et au besoin, à pratiquer l'hystérectomie totale, si cette hémorrhagie intra-péritonéale avait lieu.

Indications. — Les indications de la myomectomie sont fatalement restreintes et le deviendront de plus en plus, à mesure que l'hystérectomie abdominale totale prendra de l'extension.

Pour nous, nous donnons la préférence à cette dernière opération, dans tous les cas où le pédicule du fibrome sera vasculaire, et que par suite, une hémorrhagie post-opératoire sera à craindre.

Nous ne conservons la myomectomie proprement dite, que dans les cas où il n'existe *aucun autre noyau fibreux dans l'utérus*, c'est-à-dire que si, la tumeur une fois enlevée, la malade conserve un utérus normal.

CHAPITRE VIII

G18.14.81.7 [☰. 3 à 9]
HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE.

Définition. — On donne le nom d'Hystérectomie supra-vaginale à l'amputation de la portion abdominale de la matrice, soit au-dessus du dôme vaginal, soit à l'union du col et du corps de l'organe.

Synonymie. — *Amputation supra-vaginale.* — *Hystérectomie.* — *Hystérectomie partielle.* — Cette dernière appellation a surtout été réservée aux cas dans lesquels la tumeur utérine était enlevée, sans section des ligaments larges sur les côtés. Pour beaucoup de chirurgiens, cette distinction est inutile, le traitement des ligaments larges dépendant essentiellement de la situation des ovaires par rapport à la tumeur.

Historique. — L'histoire de l'hystérectomie supra-vaginale se confond avec celle des fibromes sous-péritonéaux mobiles.

Les premières opérations, qui furent faites, furent tentés sur des fibromes pédiculés. La première, en date, est celle de Granville (1837), puis celle d'Atlee et Lane (1844). Clay et Heath firent les premières amputations partielles de l'utérus pour des tumeurs interstitielles; mais leurs opérées moururent (1843). G. Kimball eut un succès et inaugura l'énucléation des fibromes, pour diminuer le volume de la tumeur, et, par suite, l'importance de l'incision abdominale. Il *fixa le pédicule à la paroi*, après l'avoir lié avec des fils. Kœberlé (1863) substitua aux fils l'anse métallique avec serre-nœud et employa la forcipressure. En 1866, il publia 42 observations.

Quelque temps après, Péan régla définitivement l'opération, établit en principe l'hémostase préventive avec des pinces, le morcellement des grosses tumeurs, après ligature métallique, et la constriction du pédicule avec une anse de fil de fer, serrée dans le serre-nœud de Cintrat (1873-1879). Les méthodes de Kœberlé et de Péan furent perfectionnées dans leurs détails par un grand nombre de chirurgiens : Stilling, Spencer Wells, Storer, Th. Keith, et plus tard Bantock, etc.

Schrœder (1878) fut le promoteur de la *méthode intra-péritonéale* ; il suturait le moignon au moyen de fils. Olshausen fit l'hé-

mostase du pédicule avec un lien élastique, abandonné dans le ventre. L'emploi de la ligature élastique, pour assurer l'hémostase du pédicule, constitue un perfectionnement considérable pour l'hystérectomie supra-vaginale. Elle peut être *provisoire* ou *définitive*. Elle fut employée la première fois par Kleberg (d'Odessa) (1876), puis A. Martin (1878), Hégar (1880), Pozzi (1883).

Technique opératoire. — *Préparatifs.* — La malade aura été soumise à un traitement préparatoire, auquel on ne saurait attacher trop d'importance. On lui prescrira trois injections vaginales au sublimé par jour, un grand bain tous les deux jours, un purgatif tous les huit jours. Elle suivra ce traitement pendant un mois, si c'est possible. Elle sera purgée une dernière fois l'avant-veille de son opération; puis la veille, on lui rasera le pubis et on la savonnera dans un bain. Le matin de l'opération, on lui fera un tamponnement serré du vagin avec de la gaze iodoformée, puis elle sera sondée et anesthésiée, de préférence avec de l'éther, en raison de la durée de l'opération.

Instruments. — Les instruments, ainsi que leurs plateaux, seront

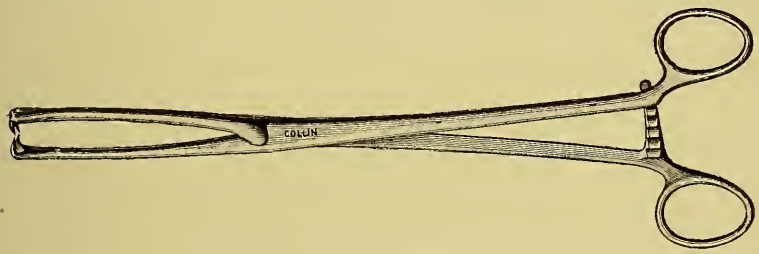

Fig. 65 — Pince de Museux à deux mors.

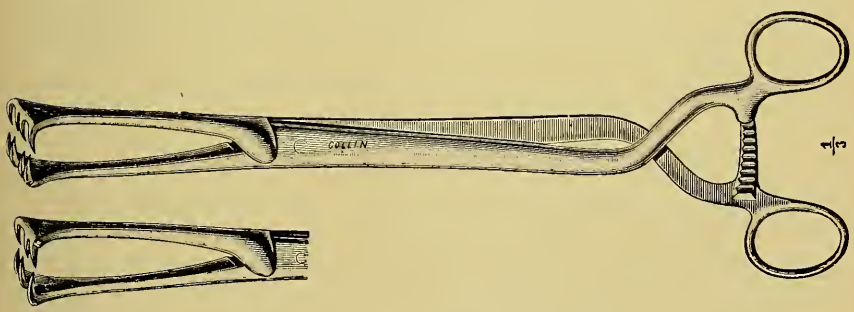

Fig. 66 — Pince de Museux à 3 et 4 mors.

stérilisés à l'étuve sèche ; on s'en servira à sec. En voici la liste : 1 bistouri, 1 couteau à amputation, 1 paire de ciseaux droits, 1 paire de ciseaux courbes, 1 tenaille coupante, 2 paires de broches,

1 poignée pour passer les broches, 1 pince en cœur, 1 pince à disséquer, 4 grandes pinces clamp coudées, 4 grandes pinces clamp droites, 24 grandes pinces hémostatiques, 12 petites pinces hémostatiques, 4 pinces de Museux (*Fig.* 65 et 66), 1 désenclaveur (tire-bouchon), 1 aiguille de Reverdin mousse, 1 aiguille de Reverdin courbe, 2 aiguilles courbes à surjet (petite et moyenne) (1).

On devra aussi préparer un thermo-cautère et une solution de chlorure de zinc au 10e, des fils de soie, des catguts, des crins de Florence, des cordes en caoutchouc de 4 millimètres de diamètre, des drains, des compresses, etc.

Manuel opératoire. — Nous allons décrire successivement l'opération exécutée d'après les *trois méthodes* aujourd'hui les plus habituellement suivies.

(1) Pour la plupart de ces *instruments*, voir le chapitre de l'Hystérectomie abdominale totale.

618.14.81.76

I. — Méthode extra-péritonéale.

A. Procédé typique. — Comme son nom l'indique, cette méthode a pour caractéristique de fixer le pédicule à la paroi, en dehors de la cavité péritonéale.

La malade est anesthésiée et placée sur le plan incliné. L'inclinaison de la malade est indispensable, pour opérer en dehors des anses intestinales, et pour faciliter les manœuvres exercées sur le pédicule. Le chirurgien sera placé à gauche de la malade, et l'aide du côté opposé; les instruments seront à la portée de la main droite du chirurgien; l'aide aura sous la main les tampons et les compresses.

Le chirurgien pratiquera une incision sur la ligne médiane. Cette incision sera faite d'emblée assez longue, pour permettre d'attirer la masse hors du ventre; on se guidera sur la situation de la partie culminante de la tumeur, mais on la commencera très bas, au niveau du pubis.

La paroi ouverte, on introduira la main gauche dans le ventre, afin de vérifier le diagnostic, et aussi pour reconnaître la situation des ovaires, et celle de la tumeur, par rapport au col utérin. On sortira alors la tumeur hors du ventre, en introduisant un désenclaveur dans sa partie la plus saillante. Cet instrument sera confié à l'aide, qui s'en servira pour manœuvrer la masse.

Lorsque la tumeur sera attirée hors du ventre, on étalera sur les intestins refoulés vers le thorax, des compresses de gaze repérées avec des pinces. Une compresse sera aussi placée dans le cul-de-sac de Douglas, et une ou deux dans chaque flanc.

Ces mesures de précaution une fois prises, on cherchera à quel niveau de la tumeur la vessie remonte. On déterminera aussi avec précision la situation des annexes, par rapport au sommet de la vessie. Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien les annexes sont situées dans le fond du bassin (annexes infères) et sont au-dessous du sommet de la vessie ; ou bien elles ont été entraînées plus ou moins haut par le développement de la tumeur, et alors elles sont situées au dessus du sommet de la vessie (annexes supères).

Dans le cas d'annexes infères, la masse se trouve naturellement pédiculée sur le col de l'utérus, puisque ce col est normal. Le pédicule est, pour ainsi dire, fait à l'avance. On devra, dans ce cas, passer de suite une broche dans le sens antéro-postérieur, à travers le pédicule, environ à 1 centimètre de la vessie.

En soulevant la tumeur avec cette broche, on devra s'assurer qu'elle peut affleurer la peau de l'abdomen. On placera alors de suite une deuxième broche en travers, faisant une croix avec la première.

Dans le cas d'annexes supères, on devra pratiquer l'incision des ligaments larges entre deux chaînes de ligature, et enlever les annexes ; le pédicule deviendra plus mobile et rentrera alors dans le cas précédent. Dès que les deux broches seront placées, on pratiquera la ligature élastique du pédicule. Cette ligature devra être définitive autant que possible. On devra donc l'appliquer avec le plus grand soin. Une extrémité de la corde en caoutchouc est confiée à l'aide qui la maintient solidement. Le chirurgien tend la corde et la place sous une des broches, puis au-dessus de la suivante, en intercalant ainsi les broches, dans le but d'empêcher le lien élastique de déraper par en haut ou de glisser par en bas. On fera ainsi deux tours complets du pédicule. On saisira les deux extrémités de la corde en caoutchouc avec la pince en cœur, à laquelle on fera exécuter un quart de tour, pour appliquer l'un sur l'autre les deux bouts pincés de la corde. On placera sur cette corde un solide fil de soie, puis on enlèvera la pince.

On procédera ensuite à l'amputation de la tumeur. A deux ou trois centimètres au-dessus de la corde de caoutchouc, on cernera la tumeur avec le couteau à amputation, en taillant d'abord une sorte de manchette circulaire. Le reste de la tumeur est enlevé par une section transversale. La cavité utérine sera recherchée immédiatement ; avec une pince à griffes et des ciseaux, on excisera la muqueuse aussi largement que possible, puis avec le thermocautère, on cautérisera énergiquement la cavité formée par l'excision de la muqueuse ; enfin on imbibera la surface grillée avec un peu de solution de chlorure de zinc au 10e.

Ceci fait, on saisira le pédicule en avant et en arrière par le bord de sa collerette avec deux pinces de Museux, dont on se servira pour le mouvoir.

Si les annexes sont *supères*, et si la masse s'est développée très bas aux dépens du col, la pédiculisation sera difficile. On devra

chercher à former le pédicule, à le faire (?) en énucléant les fibromes qui sont dans son épaisseur. De chaque côté, environ à la hauteur du sommet de la vessie, on pratiquera une section des ligaments entre deux ligatures. Si la vessie remonte très haut, on la décollera de la tumeur et on la refoulera en avant.

On placera alors une ligature élastique provisoire aussi bas que possible, au niveau de la section des ligaments larges. Trois centimètres au-dessus, on pratiquera l'amputation circulaire de la tumeur comme tout à l'heure, en ménageant tout autour une sorte de manchette. Sur la tranche de section, on verra des noyaux fibreux, qu'on énucléera les uns après les autres, sans se préoccuper du lien élastique qui se resserrera au fur et à mesure de la diminution du pédicule. L'ablation de ces noyaux fibreux de l'intérieur du pédicule devra se poursuivre avec patience. Si le pédicule prenait une forme conique, on n'hésiterait pas à replacer plus bas une autre ligature provisoire et à enlever la première, afin de pouvoir continuer l'énucléation intra-pédonculaire des noyaux fibreux. Nous insistons tout particulièrement sur la nécessité de cet évidement du pédicule, car on a vu quelquefois les noyaux se développer ultérieurement. En outre, la fixation du pédicule à la paroi, et son isolement de la cavité péritonéale, seront d'autant plus faciles que le pédicule sera plus mince et plus long.

Lorsque le pédicule sera ainsi évidé, on le traversera avec deux broches en croix au-dessus de la ligature provisoire. On placera la ligature élastique définitive, en faisant faire deux tours complets à la corde de caoutchouc et en la faisant passer alternativement au-dessus et au-dessous des broches, afin de l'immobiliser et d'éviter tout glissement. La ligature provisoire sera supprimée, puis le pédicule sera soigneusement cautérisé au thermo-cautère et désinfecté avec une solution de chlorure de zinc au 10e. Ainsi préparé, le pédicule sera saisi avec deux pinces de Museux, comme précédemment.

Les broches seront coupées à 4 centimètres environ du pédicule, afin de faciliter les mouvements de ce dernier. On fera un nettoyage soigné de la cavité péritonéale, puis on se disposera à fermer le ventre.

Cette fermeture doit être faite très méthodiquement. Son exécution n'est pas toujours facile, lorsque le pédicule est gros et court. Le point important, que l'on ne doit jamais perdre de vue, est la *fermeture complète de la séreuse au-dessous du lien élastique*, afin de rendre toute infection secondaire impossible.

Avec une aiguille courbe à surjet, armée d'un long catgut, on commence, au-dessus du pubis, un surjet qui ferme hermétiquement le péritoine, jusqu'au niveau du pédicule. Le péritoine, qui recouvre le pédicule, sera traversé avec l'aiguille sur la ligne médiane, et à un bon centimètre au-dessous du lien élastique. Ce temps sera facilité, en inclinant le pédicule avec les pinces placées sur son bord. On continuera avec le même fil et la même aiguille la suture à points rapprochés, de la lèvre péritonéale *gauche* aux parties correspondantes du pédicule, toujours à un centimètre au moins de la ligature élastique, jusqu'à ce que l'on arrive en haut sur la ligne médiane. Là on arrêtera le surjet.

Avec un deuxième fil, on fera de la même façon la suture en surjet à point serré, de la lèvre droite du péritoine au pédicule, toujours très bas, à un centimètre au-dessous du lien élastique. On commencera du côté du pubis ; puis arrivée en haut sur la ligne médiane, l'aiguille traversera à la fois la séreuse du pédicule, puis la lèvre péritonéale gauche, de façon à continuer le surjet sur les deux lèvres péritonéales, jusqu'à l'extrémité supérieure de l'incision.

Afin de ne laisser aucune ouverture de la séreuse sur la ligne médiane au niveau du pédicule, on placera, avec l'aiguille de Reverdin, un point séparé, prenant à la fois les deux lèvres péritonéales et le pédicule.

La séreuse étant ainsi parfaitement close, on désinfectera soigneusement la plaie avec une solution de sublimé.

Saisissant alors le pédicule au moyen des pinces fixées sur lui, on le soulèvera fortement, afin de faciliter le placement d'une bande de gaze iodoformée, destinée à le cravater fortement, précisément dans l'espace laissé libre au-dessous des broches, entre la ligature élastique et la suture de la séreuse au pédicule. Cette cravate de gaze devra faire plusieurs fois le tour du pédicule et l'enserrer fortement. L'extrémité de la lanière sera maintenue au dehors avec l'extrémité de la corde de caoutchouc. Le but de cette lanière est d'isoler le pédicule de la paroi et d'arrêter au passage les liquides qui pourraient transsuder vers la séreuse par les piqûres des broches.

Le pédicule ainsi cravaté, on terminera la fermeture de la paroi. On fera d'abord un surjet sur l'aponévrose, en l'arrêtant au-dessous et au-dessus du pédicule, au niveau de la cravate de gaze.

La peau sera suturée à son tour au moyen de crins de Florence. On arrêtera l'affrontement de la peau au même niveau que la suture de l'aponévrose, c'est-à-dire à la cravate de gaze.

On n'aura plus qu'à procéder au pansement. Un fil de sûreté sera placé sur la ligature en caoutchouc; puis on glissera sous les broches des compresses de gaze iodoformée et, sous l'extrémité de chaque broche, un petit tampon de gaze iodoformée. On touchera de nouveau la surface du pédicule avec la solution de chlorure de zinc ; puis on la saupoudrera avec de l'iodoforme. Le reste de la plaie sera recouvert avec une compresse stérile. Enfin, par-dessus on appliquera un pansement ouaté stérile.

Ce pansement sera laissé en place pendant dix jours. Au bout de ce temps, le pédicule, s'il est petit, sera sectionné par le caoutchouc. On l'enlèvera avec les broches, et avec la cravate qu'on trouvera dans le fond de l'infundibulum de la plaie, on assèchera cet infundibulum et on y entassera une mèche de gaze iodoformée.

Si le pédicule n'est pas sectionné, on changera seulement les compresses de gaze placées sous les broches, on dessèchera la surface du pédicule, et on refera un pansement ouaté compressif. Ce nouveau pansement sera laissé seulement cinq jours en place. On s'assurera alors de l'état du pédicule; s'il ne paraît pas suffisamment ébranlé, on renouvellera le pansement comme précédemment; enfin, cinq jours plus tard, si le pédicule tient encore, on l'excisera avec des ciseaux, et on pansera le fond de la plaie comme précédemment.

B. Procédés divers a pédicule pariétal. — L'opération que nous venons de décrire, peut s'exécuter de différentes façons, qui constituent autant de procédés particuliers *à pédicule pariétal.*

1° Procédé de Hégar (1885). — Très analogue à celui de notre description, il peut être considéré comme un perfectionnement des méthodes primitives de Péan, Spencer Wells, Lawson Tait, Howitz, Bryant, Kleberg, etc. C'est le procédé type de la méthode extra-péritonéale du pédicule.

Le pédicule est entouré avec un lien de caoutchouc ; mais, pour plus de sûreté, au-dessus de cette première ligature, on en place une seconde composée d'un fil double en caoutchouc passé à travers le pédicule. Pour passer ce fil en caoutchouc, Hégar emploie l'aiguille de Kaltenbach (*Fig.* 67); il noue les fils en caoutchouc comme des fils de soie, mais arrête le nœud avec une anse de soie forte.

Fig. 67. — Tube lardoir de Kaltenbach et mode d'articulation.

Le pédicule ainsi formé est attiré dans la plaie. Une anse de soie fine, prenant les deux lèvres du péritoine pariétal et le revêtement séreux du pédicule, au-dessous des ligatures, est placée sur la face antérieure et sur la face postérieure du pédicule. On peut mettre un point sur les parties latérales ; mais, en général, l'accolement des séreuses est suffisant. On ferme ensuite la paroi (*Fig.* 68). On traverse le pédicule avec deux fortes aiguilles lancéolées.

Puis on procède à sa désinfection minutieuse; solution de chlorure de zinc au 10e, thermo-cautère. On verse dans la gouttière qui entoure le pédicule, une solution de chlorure de zinc de 3 à 10 pour 100; puis on la bourre avec des petites boules de ouate qu'on entasse les unes sur les autres. On dessèche autant que possible toutes les parties voisines, et on applique par-dessus un pansement antiseptique absorbant.

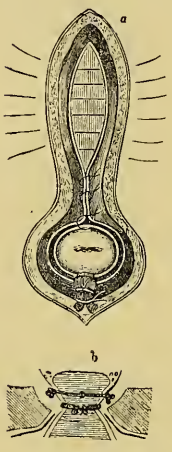

Fig. 68. — Traitement du pédicule. — Suture péritonéale. — *a*, vue de face de la plaie; *b*, vue en coupe (Hégar).

Les deux procédés qui suivent pourraient servir d'*intermédiaire entre la méthode extra-péritonéale et la méthode mixte.* La surface de section du pédicule est maintenue hors de la cavité péritonéale; c'est la raison pour laquelle nous les faisons figurer ici.

2° Procédé de Bantock (1894). — Une corde de caoutchouc est placée aussi bas que possible, pour assurer provisoirement l'hémostase. Les annexes sont enlevées, si elles sont situées très bas ; dans le cas contraire, elles disparaîtront avec la tumeur.

Une incision circulaire est faite autour de la tumeur, et une *manchette* est disséquée tout autour. Cette manchette est rabattue, puis la tumeur enlevée en énucléant les fibromes. Dans l'intérieur de la manchette, on a donc formé un pédicule, sur lequel on applique, aussi bas que possible, le *serre-nœud*. Bantock emploie pour serrer le pédicule des fils de *delta*, métal très résistant. Quand le serre-nœud est appliqué, on supprime la ligature provisoire ; puis on suture la collerette au péritoine pariétal, de façon à rendre le pédicule extra-péritonéal. La cavité de la collerette, qui contient le moignon, est bourrée de gaze iodoformée.

3° Procédé de Laroyenne et Condamin (1895). — Très analogue à celui de Bantock.

On sectionne les ligaments larges entre deux pinces ; puis on dissèque une *manchette* tout autour de la tumeur que l'on décortique jusqu'au niveau du col utérin ; on place alors, autour du pédicule formé, un lien élastique circulaire. On ampute la tumeur au-dessus de ce lien, puis on fixe la manchette au péritoine pariétal, après avoir lié les ligaments larges de chaque côté. L'abdomen est suturé ensuite au-dessus. Le pédicule se trouve donc ainsi marsupialisé dans une loge extra-péritonéale. Cette loge est tamponnée avec de la gaze iodoformée.

618.14.81.792

C. Procédé a pédicule vaginal. — Ces procédés relient les hystérectomies supra-vaginales, à pédicule extra-péritonéal, aux hystérectomies totales abdomino-vaginales. En réalité, ils constituent une variété de supra-vaginale à pédicule extra-péritonéal, qu'on doit appeler à *pédicule vaginal*, par opposition aux autres, qui sont à *pédicule pariétal ;* mais, pour ne pas faire pour ce procédé un chapitre distinct, nous le plaçons à la fin des procédés extra-péritonéaux.

Cette méthode parait due à Porro, Wasseige et Chrobak, d'après Sänger.

1° On doit citer d'abord le Procédé de Meynert (1885).

2° Procédé de Byford (1890). — Il taille sur la tumeur un lambeau antérieur, qui lui permet de décoller la vessie jusqu'au dôme vaginal antérieur. Il ampute la masse aussi bas que possible, ouvre largement le cul-de-sac antérieur du vagin, *attire le pédicule* dans cette ouverture avec un ténaculum introduit par le vagin. Il suture alors le lambeau antérieur à la face postérieure du pédicule renversé, referme le ventre, puis termine l'opération en appliquant *sur le pédicule un clamp qui est laissé dans le vagin*, jusqu'à détachement de l'eschare.

Suites. — Au cours de l'opération, certains accidents sont à craindre ; le chirurgien les aura toujours présents à la mémoire. Nous voulons parler de la *blessure des uretères et de la vessie*.

La vessie peut être, par mégarde, traversée par une broche ; mais ce sera surtout l'application du lien élastique qu'il faudra surveiller. Il faut, du reste, savoir qu'on ne limite pas son action

d'une façon mathématique ; il peut glisser un peu trop bas et enterrer un uretère ou la vessie. Le résultat de pareil accident sera variable : mort par urémie, accidents transitoires d'urémie, formation de fistules vésicales ou urétérales, etc.

Nous avons décrit plus haut les soins que l'on devait donner au *pédicule*. Ces soins varieront avec chaque cas. Parfois le pédicule se laissera sectionner rapidement, mais d'autres fois sa section s'opérera avec une lenteur désespérante. Certaines malades ne sont débarassées de leurs pédicules qu'au bout de 6 semaines ; et, lorsque le pédicule est tombé, il faudra souvent plusieurs semaines encore pour la guérison de l'entonnoir qu'il occupait. En ce point, la paroi présente un défaut de résistance particulier, qui exposera aux hernies sus-pédiculaires. De toute façon, les malades, auxquelles on a pratiqué l'hystérectomie supra-vaginale, avec pédicule externe, nécessiteront une surveillance de tous les instants et souvent pendant un temps très long. Une infection secondaire par le pédicule est, en effet, toujours possible.

Indications. — Les chirurgiens éclectiques se réservent la méthode extra-péritonéale pour les cas à *pédicules longs et minces*. Cette méthode doit être préférée à la méthode intra-péritonéale dans les cas d'*infection* de l'utérus, s'il s'agit, par exemple, de fibro-myomes putréfiés, d'utérus atteint de septicémie puerpérale, etc. Mais cette indication spéciale est toujours relative ; dans ces cas, l'ablation totale étant l'indication absolue.

Beaucoup de chirurgiens préconisent encore la méthode extra-péritonéale, en se fondant sur la difficulté de l'hémostase du pédicule et sur l'infection habituelle de l'utérus. Ces raisons n'existent plus dans l'hystérectomie abdominale totale, de sorte que cette dernière opération devra rallier leurs suffrages. La méthode extra-péritonéale est donc appelée à disparaître progressivement.

618.14.81.78

II. — Méthode intra-péritonéale.

A. Procédé typique. — Le promoteur de cette méthode est assurément Schroeder; mais son procédé, que nous pourrons ranger parmi les procédés à pédicules longs et volumineux, a été très amélioré par les promoteurs des méthodes à pédicules courts et petits: méthodes encore désignées sous le nom de méthodes *rétro-péritonéales*. Ce sont ces dernières qui ont donné les plus brillants succès; et c'est d'après elles que nous avons adopté la technique suivante.

L'ouverture du ventre étant faite, comme s'il s'agissait de fixer le pédicule à la paroi, la tumeur est explorée avec soin. Comme précédemment, nous distinguerons deux cas: les annexes seront *infères* ou au contraire *supères*.

Si les annexes sont bas-situées, le pédicule aura toutes chances pour être petit, puisque la tumeur aura pris son développement dans le fond de la matrice. On fixera le désenclaveur dans la partie la plus saillante, autant que possible dans un point dépourvu de gros vaisseaux; puis on sortira la tumeur de la cavité abdominale, en l'inclinant sur le côté droit de la malade, pour rendre visible le ligament large gauche. Avec une pince clamp coudée, on saisira ce ligament jusqu'au niveau du bord de l'utérus, en portant le bec de la pince à une hauteur correspondant un peu au-dessus du point de réflexion de la vessie. Cette pince saisira d'un seul coup tous les tissus dont on fera plus tard un pédicule latéral. Au-dessus, on placera une ou plusieurs pinces droites, pour arrêter le sang de retour venant de la tumeur; puis on sectionnera le ligament large entre les pinces, jusqu'au bord de l'utérus. A cet endroit, une forte pince hémostatique sera pour ainsi dire plantée dans le tissu utérin, pour aller saisir les vaisseaux artériels anastomotiques de cette région.

Le ligament large du côté droit sera traité de la même façon, en inclinant la tumeur sur le côté gauche de la malade. L'utérus sera donc libéré sur les côtés.

On taillera alors sur la face antérieure de l'utérus un lambeau qui sera destiné à recouvrir la surface de section du pédicule. Ce lambeau commencera à 2 centimètres environ au-dessus de la vessie, sera décollé peu à peu avec cet organe, et sa dissection sera poursuivie sur le col de l'utérus, jusqu'au dôme vaginal, qu'il faut

reconnaître et isoler. Un deuxième lambeau plus court sera disséqué de la même façon sur la face postérieure de la tumeur, et cette dissection ne sera arrêtée que lorsqu'elle sera arrivée sur le col et sur le dôme vaginal. Cette manœuvre ne peut s'exécuter facilement, que si la malade est placée dans la position déclive à 45°, et en se servant d'une compresse enroulée autour du doigt pour faire la décortication.

Lorsque le col sera ainsi libéré en avant et en arrière, on procédera à l'hémostase avant d'extirper la masse.

On recherchera d'abord de chaque côté les artères utérines, puis on en pratiquera la ligature avec un catgut ou une soie, que l'on passera dans la paroi latérale du col à une petite profondeur. On pratiquera ensuite l'amputation de la masse au-dessus des ligatures des artères utérines, c'est-à-dire très bas, à 1 centimètre ou 1 c. 1/2 du vagin. Cette section se fera aux ciseaux courbes, en excavant légèrement le pédicule. Les pinces placées sur les ligaments larges seront remplacées par des ligatures à boucle passée.

Si les ligatures ont été bien placées, il ne s'écoulera pas de sang. Dans le cas contraire, on sera obligé de faire des ligatures isolées avec des soies fines, en ayant soin de passer chaque anse de soie dans l'épaisseur des tissus avec l'aiguille de Reverdin.

Quand on sera bien certain qu'il ne s'écoule plus de sang, on introduira dans le canal cervical une mèche de gaze iodoformée qu'on poussera jusque dans le vagin. Cette mèche de gaze devra être enfoncée dans la cavité du pédicule.

Cela fait, on ferme la cavité du col avec deux points de suture ; on rabat sur le pédicule le lambeau antérieur, et on taille le lambeau postérieur, de façon qu'en s'affrontant au lambeau antérieur, la ligne de réunion se trouve au niveau du bord postérieur du pédicule. L'affrontement des deux lambeaux se fera avec un surjet au catgut. Sur les côtés, quelques points séparés seront placés, pour recouvrir les pédicules des ligaments larges.

Dans le cas d'annexes *supères*, on se trouvera souvent en présence de tumeurs enclavées ou de tumeurs développées dans l'épaisseur du col. Si la tumeur est simplement enclavée, on la désenclavera au moyen du désenclaveur et on rentrera dans le cas précédent. Si le col contient des fibromes, la technique précédente devra subir quelques variantes.

Les ligaments larges seront sectionnés entre deux pinces, comme précédemment, et les deux lambeaux disséqués de la même manière.

Ceci fait, on pratiquera au bistouri une incision profonde sur la partie saillante de la tumeur fibreuse, puis on fera l'énucléation avec les doigts. Cette incision sera faite du col vers le fond de l'utérus. S'il y a plusieurs fibromes, on fera plusieurs incisions, jusqu'à ce que la tumeur soit réduite aux parois de l'utérus. On façonnera alors un pédicule qu'on traitera comme précédemment, si le canal cervical n'a pas été déchiré pendant l'énucléation des fibromes. Dans le cas contraire, on désinfectera le pédicule avec une solution de chlorure de zinc au dixième ; on le liera comme un pédicule d'ovariotomie avec un double fil en chaîne, et on rabattra les lambeaux l'un vers l'autre pour les suturer par-dessus le pédicule.

Reste enfin à examiner le cas où la tumeur est incluse dans un des ligaments larges.

Dès que le diagnostic sera fait, on fera sur la partie saillante de la tumeur une incision suivant la direction normale du ligament large. Cette incision comprendra seulement le feuillet péritonéal et s'arrêtera au niveau même de la tumeur, qu'on décortiquera et énucléera de sa loge. On agira ensuite, suivant les cas, d'après les rapports de la tumeur incluse avec l'utérus lui-même. Il suffira de reconstituer le ligament large incisé, au moyen d'un surjet.

On n'aura plus alors qu'à procéder à la fermeture du ventre. Ce temps de l'opération n'offre rien de particulier. La paroi, comme dans toute laparotomie, sera fermée par une suture à deux ou trois étages. Il sera bon de pratiquer le drainage, toutes les fois que les manipulations auront été très longues et lorsque l'hémostase laissera quelque peu à désirer.

Enfin on pansera la plaie comme d'habitude et on tamponnera le vagin avec de la gaze iodoformée.

Le pansement sera renouvelé au bout de 48 heures, si la cavité péritonéale a été drainée, afin d'enlever le tube à drainage. Dans les cas ordinaires, on changera seulement le pansement le huitième jour, pour enlever les sutures de la peau. Le tamponnement vaginal sera renouvelé le troisième jour et supprimé le sixième jour. A partir de ce moment on fera deux injections quotidiennes de sublimé.

B. Procédés divers.— Le procédé que nous venons de décrire est dérivé des procédés de Ott et de Chroback et de notre procédé d'hystérectomie abdominale totale.

Nous allons maintenant passer en revue rapidement les principaux procédés qui ont été préconisés. Afin de mettre plus de clarté

dans leur description, nous nous sommes efforcé de les classer par groupes. Dans un premier groupe, nous avons rangé tous ceux qui cherchent à assimiler le pédicule utérin au *pédicule court* de l'ovariotomie. Dans un deuxième groupe, nous avons réuni tous les *pédicules longs* et restant saillants dans la cavité abdominale. Enfin, dans un troisième groupe, sont étudiés tous les pédicules courts, recouverts du péritoine pour les rendre *rétro-péritonéaux*.

A. — Premier Groupe : **Pédicules courts.**

1° Procédé de Ahlfeld (1882). — Ce chirurgien pratique la ligature en masse du pédicule avec un lien en caoutchouc. Il fixe les deux extrémités du fil au moyen d'un fort anneau en plomb qu'il écrase avec une pince.

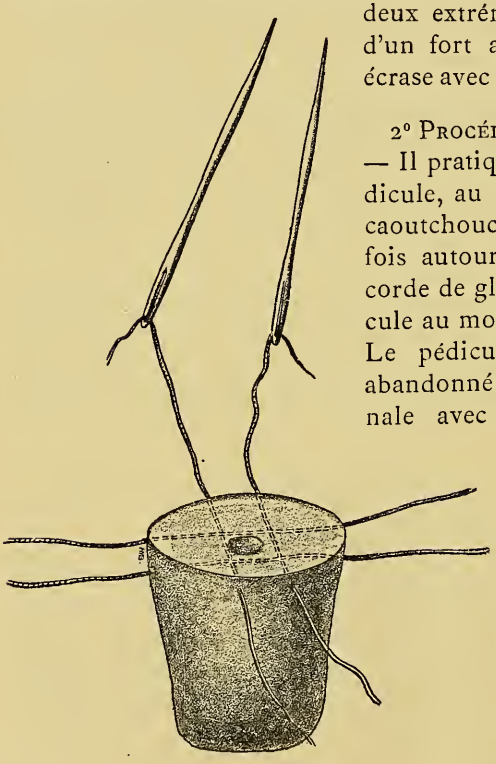

Fig. 69. — Procédé de Dmitri de Ott. — Deux paires de ligatures perpendiculaires l'une à l'autre assurent l'hémostase. (Procédé applicable aux cols trop volumineux pour être bien étreints dans une seule paire de ligatures).

2° Procédé de Olshausen (1884). — Il pratiquait la ligature du pédicule, au moyen d'une corde en caoutchouc qu'il enroulait deux fois autour. Pour empêcher cette corde de glisser, il la fixait au pédicule au moyen de sutures à la soie. Le pédicule ainsi ligaturé était abandonné dans la cavité abdominale avec sa ligature élastique. Celle-ci s'enkyste ou bien s'élimine par le vagin.

Modifications. — Ce procédé de Olshausen a été adopté avec de légères modifications par un grand nombre de chirurgiens. Nous citerons les variantes de Wirbel (1890), de Deletrez (1892), de Sutton (1893), de E. Monod (1893), etc.

3° Procédé de Schwarz (1888). — Ce chirurgien lie les ligaments larges de chaque côté : il applique une ligature élastique provisoire ;

taille une courte collerette sur le pédicule, rabat cette collerette pour placer une ligature circulaire élastique sur le pédicule avivé. Lorsque le lien élastique est placé, il relève la collerette par-dessus, sectionne la tumeur, puis suture la collerette par un surjet au bord du pédicule.

4° Procédé de Dmitri de Ott (1894). — L'auteur cherche à se rapprocher de la pratique de l'ovariotomie. Il fait un curetage préalable du col de l'utérus, puis procède à la laparotomie. Sur les côtés, il lie en chaîne les ligaments larges, place une ligature élastique pro-visoire, ampute la tumeur, désinfecte au thermo-cautère l'orifice du col, puis passe à travers le pédicule, en rasant le canal cervical, sans y pénétrer, deux fils destinés à être liés de chaque côté du pédicule. Si le pédicule est gros, il place deux autres fils perpendiculaires aux premiers et liés aussi de chaque côté (*Fig.* 69).

Enfin, il passe dans l'orifice du col, que les ligatures n'ont pas fermé, une mèche de gaze iodoformée dont l'une des extrémités recouvre la surface de section, pendant que l'autre est attirée dans le vagin. Il ferme enfin la paroi et retire par le vagin la mèche iodoformée au bout de 4 jours (*Fig.* 70).

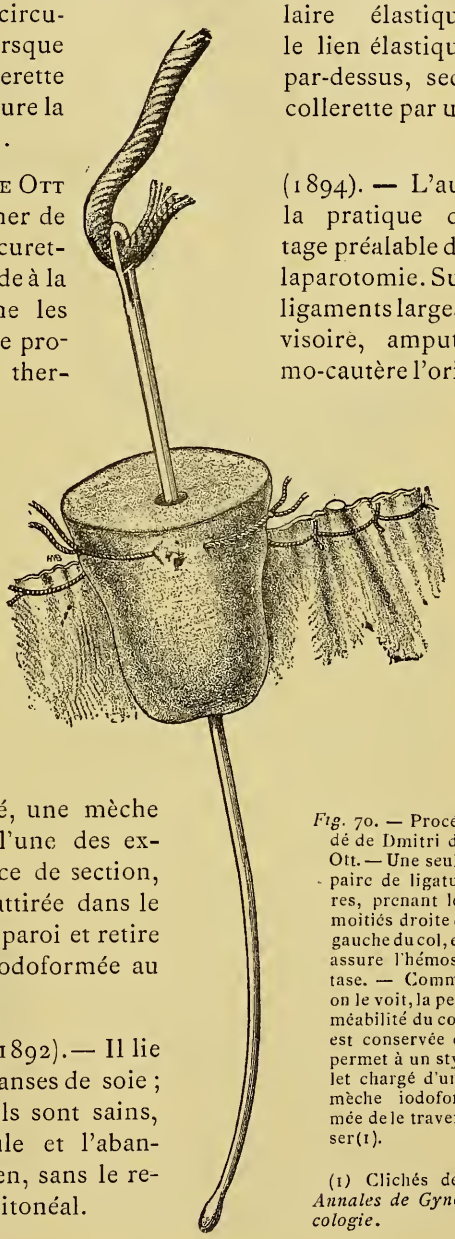

Fig. 70. — Procédé de Dmitri de Ott. — Une seule paire de ligatures, prenant les moitiés droite et gauche du col, en assure l'hémostase. — Comme on le voit, la perméabilité du col est conservée et permet à un stylet chargé d'une mèche iodoformée de le traverser (1).

(1) Clichés des *Annales de Gynécologie*.

5° Procédé de Girard (1892). — Il lie le pédicule avec plusieurs anses de soie ; laisse les ovaires quand ils sont sains, ne cautérise pas le pédicule et l'abandonne ainsi dans l'abdomen, sans le recouvrir d'un capuchon péritonéal.

6° Procédé de Kocher. — Après la ligature des ligaments larges,

il applique ou non, suivant les cas, une ligature élastique provisoire, sectionne transversalement le col, qu'il lie ensuite comme un pédicule de kyste ovarien, avec deux grosses soies croisées.

B. — Deuxième Groupe : **Pédicules longs.**

1° Procédé de Schroeder.— Après avoir lié et sectionné les ligaments larges et placé une ligature élastique provisoire, il pratique à trois ou quatre centimètres au-dessus une incision circulaire n'intéressant que le péritoine. Il laisse la séreuse se rétracter, puis continue la section circulaire de la tumeur. Il cautérise la muqueuse de l'utérus avec le thermo-cautère, enlève ensuite les parties brûlées, de façon à creuser en entonnoir le pédicule. Il place ensuite une ligature de catgut sur tous les vaisseaux béants qu'il trouve sur la coupe du pédicule, puis il applique les parties cruentées l'une contre l'autre et les réunit par des sutures à points séparés, faites les unes à côté des autres, et superposées les unes aux autres, jusqu'au rebord du pédicule, sur lequel on adosse la séreuse par un surjet au catgut. Pour suturer le pédicule, Schroeder conseille d'employer simultanément le catgut et la soie. (*Fig.* 71).

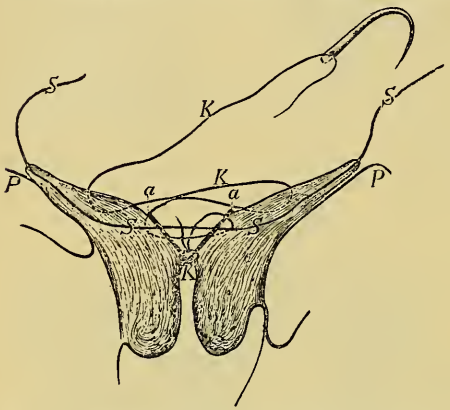

Fig. 71. — Suture du pédicule dans la méthode intra-péritonéale de Schrœder. — *Légende :* S, suture profonde à la soie, passée en premier lieu sous toute la surface cruentée; C, suture continue au catgut, à étages superposés, affrontant la totalité de la plaie dont la partie inférieure est marquée par une épaisse ligne noire ou formée par la cavité utérine cautérisée; P, revêtement péritonéal. (D'après Pozzi).

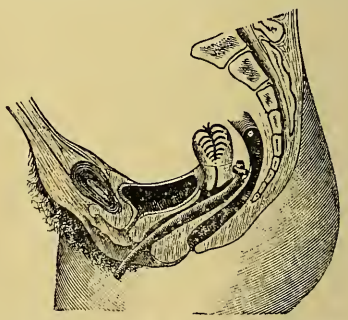

Fig. 72. — Traitement du pédicule et drainage prophylactique. (D'après Martin).

2° Procédé de A. Martin (1). — Après avoir façonné le pédicule comme Schroeder, Martin transfixait le pédicule avec un fil

(1) Ce procédé a été abandonné par son auteur pour l'hystérectomie abdominale totale.

double qu'il liait après entrecroisement. Enfin il plaçait un drain en T dans le cul-de-sac de Douglas et ressortant dans le vagin (*Fig.* 72).

3° Ancien Procédé de Hofmeier (1888) (1).— Il pratique d'abord la ligature des gros vaisseaux, en liant les ligaments larges et les ligaments ronds, puis en cherchant directement l'artère utérine sur les côtés du col. Il ampute l'utérus et évide le moignon en cône, cautérise la muqueuse cervicale, puis suture, au moyen d'un surjet de catgut, les surfaces évidées l'une à l'autre, de façon à former un moignon transversal. Enfin, il affronte la séreuse par un autre surjet, de façon que toute la plaie reste extra-péritonéale.

4° Procédé de Léopold (1891). — Les ligaments larges sont liés et incisés jusqu'à l'utérus, puis une ligature élastique provisoire est appliquée ; une sorte de manchette formant lambeau antérieur et lambeau postérieur, est disséquée, puis le col est traversé par un fil double et lié vigoureusement autour de la moitié correspondante du col. Les deux lambeaux de la manchette sont repliés sur le moignon et suturés l'un à l'autre. L'application du lien élastique rend possible l'énucléation des noyaux fibreux contenus dans le col.

Elle est inutile lorsque le col est petit.

5° Procédé de Mayo Robson (1894). — Il applique d'abord une ligature élastique provisoire aussi bas que possible ; sectionne ensuite les ligaments larges au-dessous des annexes jusqu'au bord de l'utérus, en les ligaturant avec un seul fil de soie. Il ampute ensuite l'utérus en formant un lambeau antérieur et un lambeau postérieur, lie tous les vaisseaux béants, enlève le lien élastique, puis suture, comme Schroeder, les deux lambeaux l'un à l'autre.

6° Procédé de Témoin (1896).— Ce chirurgien distingue deux cas.

1° *L'utérus est enlevé partiellement.* — La malade est placée sur le plan incliné. Le ventre est ouvert, et la tumeur attirée au dehors. Les ligaments larges sont liés et sectionnés de chaque côté. Sur la partie saillante de la tumeur il fait une incision longitudinale pénétrant profondément dans le fibrome. La zone isolante se reconnaît alors facilement au doigt et l'énucléation du fibrome devient très simple. Quand le fibrome est enlevé, il reste une vaste cuvette. On réséque une partie de cette cuvette, en respectant le péritoine; puis avec un surjet de catgut, on suture la cavité qui reste, en ayant soin de prendre toute l'épaisseur des surfaces cruentées.

(1) L'auteur a perfectionné le procédé.

Avec un deuxième surjet, on suture les lèvres de l'incision ; enfin avec un troisième surjet, on fait une suture séro-séreuse qui s'étend sur les côtés aux ligaments larges, dont on enfouit les pédicules.

2° *L'utérus est conservé.* — Voir la description de son procédé de *Myomotomie* (p. 97).

7° Procédé de Delbet (1896). — On place de chaque côté de l'utérus, sur les ligaments larges, une pince clamp. On pratique ensuite une longue incision commençant auprès du col et se portant vers le fond. Cette incision doit être assez profonde pour permettre d'énucléer le fibrome avec les doigts. S'il y a plusieurs fibromes, plusieurs incisions seront faites et tous les fibromes énucléés. Avec des ciseaux, on ampute la coque utérine le plus près possible du col. On suture alors le pédicule, en adossant le muscle utérin par deux rangées de surjets au catgut, puis en suturant les bords péritonéaux du moignon par deux autres surjets superposés, qui adossent exactement séreuse contre séreuse. Les ligaments larges sont enfin liés et le ventre lavé à l'eau chaude.

618.14.81.77

C. — Troisième Groupe : **Pédicules rétro-péritonéaux. Méthode rétro-péritonéale.**

1° Procédé de Zweifel (1894). Nous décrirons seulement en détail le dernier mode opératoire adopté définitivement par l'auteur. Nous rappellerons seulement pour mémoire son procédé primitif.

a) *Ancien mode.* — Il pratiquait la ligature des ligaments larges par parties, puis appliquait un lien de caoutchouc, comme ligature provisoire. Il disséquait ensuite en avant et en arrière deux lambeaux péritonéaux, après quoi il amputait la tumeur. Il cautérisait le canal cervical, enlevait ensuite au bistouri les parois cautérisées, puis pratiquait avec grand soin, et au moyen de catgut, la ligature en chaîne du moignon ; enfin il rabattait les deux lambeaux sur le moignon ligaturé, et les suturait l'un à l'autre, surface séreuse contre surface séreuse.

b) *Nouveau mode.* — Il pratique par parties la ligature des ligaments larges jusqu'au bord de l'utérus (*Fig.* 73), en se servant d'une

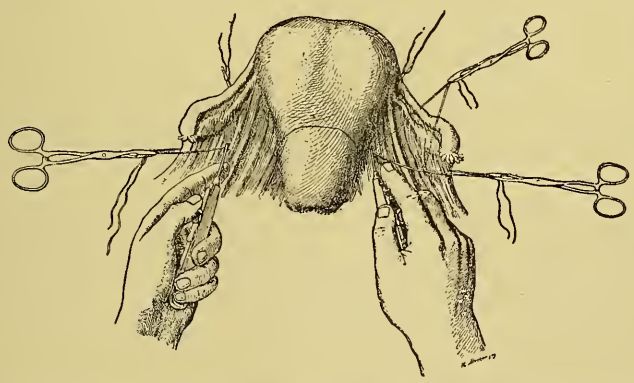

Fig. 73. — Procédé de Zweifel (Nouveau mode). — Ligature par parties des ligaments larges. — Pour ces ligatures partielles, on emploie l'aiguille mousse.

aiguille mousse. Il taille ensuite sur la face antérieure de l'utérus ou de la tumeur un *seul* lambeau destiné à recouvrir tout le moignon. Ce lambeau est rabattu en avant (*Fig.* 74). Prenant alors une aiguille à manche, il passe avec, à travers le pédicule, un fil de catgut et un des chefs du dernier fil placé sur le ligament large; un peu plus loin

il repasse à travers le pédicule un autre catgut, et ramène avec son aiguille le premier catgut. Il agit encore de la même façon un peu plus loin et place ainsi successivement de 3 à 5 catguts (suivant la largeur du pédicule), de telle façon que le pédicule tout entier est pris dans 3 ou 5 anses de catgut. Il serre vigoureusement les anses

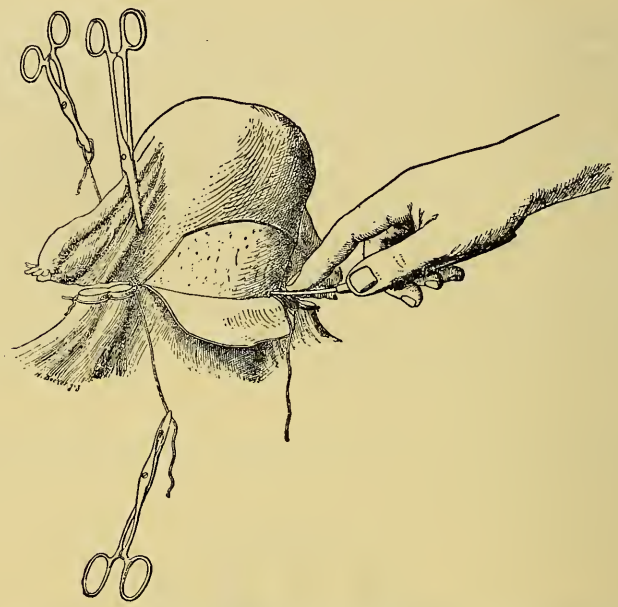

Fig. 74.— Procédé de Zweifel. — Les ligaments larges sont liés, et, du côté de l'utérus, saisis par des pinces. — Le lambeau péritonéal est disséqué sur la face antérieure de l'utérus. — La ligature partielle du col avec l'aiguille piquante est commencée (1).

de catgut, ampute la tumeur, et enfin coiffe le pédicule avec le lambeau disséqué en avant. Pour maintenir le lambeau en place, il en suture le bord, avec un surjet, au péritoine du bord postérieur du moignon. Il n'attache plus aucune importance à la désinfection de la cavité du col utérin, qui n'est pas septique.

2° Procédé de Lauwers (1895). — Il enchaîne les ligaments larges, en comprenant dans le dernier anneau de la chaîne le bord de l'utérus ; il sectionne ces ligaments, puis taille en avant et en arrière deux lambeaux destinés à être suturés par-dessus le pédicule.

3° Procédé de Baer (1892) et de Talley (1893). — Il est inutile de suturer le pédicule. Après la ligature des ligaments larges, il faut

(1) Clichés des *Annales de Gynécologie*.

se contenter de faire la ligature des vaisseaux qui se rendent à la petite portion restante du col, qu'il faut conserver, car c'est en quelque sorte la clef de voûte du plancher pelvien. On abandonnera cette portion du col à elle-même, et elle se trouvera tout naturellement recouverte par le péritoine voisin. Si le repli séreux ne cachait pas complètement le pédicule, on rapprocherait les lambeaux par des sutures séro-séreuses.

4° Procédé de Chroback (1891). — Il sectionne les ligaments larges de chaque côté entre deux chaînes de ligatures, puis taille sur les faces antérieure et postérieure de la tumeur deux lambeaux péritonéaux d'inégale longueur, qu'il décolle jusqu'à l'insertion du vagin sur le col. Sur les côtés du col il place une ligature sur l'artère utérine, puis sectionne transversalement le col à un centimètre environ de l'insertion vaginale. Il désinfecte le canal cervical, puis rabat dessus les deux lambeaux, qu'il suture l'un à l'autre par leur bord, en adossant séreuse à séreuse. La ligne de réunion des lambeaux se trouve en dehors de la cavité du col, en raison de l'inégalité des lambeaux. Enfin il recouvre les moignons des ligatures latérales, faites sur les ligaments larges, avec un repli séreux, qu'il suture au moyen d'un surjet séro-séreux.

5° Procédé de Léonte. — Très analogue au procédé de Chroback, avec cette différence, qu'au lieu de lier directement l'artère utérine après avoir taillé ses deux lambeaux, il fait l'hémostase du pédicule, en le transfixant avec une double ligature à la soie. Les deux lambeaux sont ensuite rabattus et suturés sur le moignon.

On peut rapprocher de ce procédé les Procédés employés par Lannelongue et Ch. Faguet (1895).

6° Procédé de Richelot (1893). — Il attire la masse hors du ventre, dessine sur sa face antérieure un lambeau destiné à recouvrir le moignon ; il dissèque ce lambeau, ce qui met la vessie à l'abri. Il place ensuite une ligature élastique provisoire, comprenant les ligaments larges, énuclée les fibromes contenus dans le col, s'il en existe, puis traverse le pédicule avec une grosse soie double, qu'il lie en chaîne comme dans un pédicule ordinaire, et place un deuxième fil tout autour du pédicule, pour plus de sûreté. Les ligaments larges sont *liés* en même temps que le pédicule. Il enlève le lien élastique, cautérise au thermo-cautère la surface du moignon, rabat sur ce dernier le lambeau taillé en avant et le suture au bord postérieur du moignon.

7° Procédé de Baldwin (1896). — Après section abdominale, le ligament large et saisi de haut en bas avec une pince, en dehors de

l'ovaire ; une autre pince est mise le long de l'utérus ; puis on sectionne le ligament le long de la première pince. Même manœuvre de l'autre côté. On trace alors un lambeau en avant, puis un autre en arrière ; on saisit chaque artère utérine, et on ampute l'utérus au-dessus de l'orifice interne ; on lie séparément les artères ; on passe une lanière de gaze dans le canal cervical, enfin on lie les deux lambeaux l'un à l'autre.

8° Procédé de Kelly (1895). — Ce procédé est intitulé : *Hystérectomie par incision continue de gauche à droite ou de droite à gauche.* — C'est une amputation supra-vaginale de l'utérus, combinée avec l'ablation des annexes.

Le ventre ouvert, on place sur le bord du ligament large gauche, une ligature sur l'utéro-ovarienne, puis une pince du côté de l'utérus, et on sectionne entre la pince et la ligature. On lie le ligament rond au ras de l'utérus et on le sectionne ; on réunit ensuite les deux sections, de façon à ouvrir le ligament large, puis on sec-

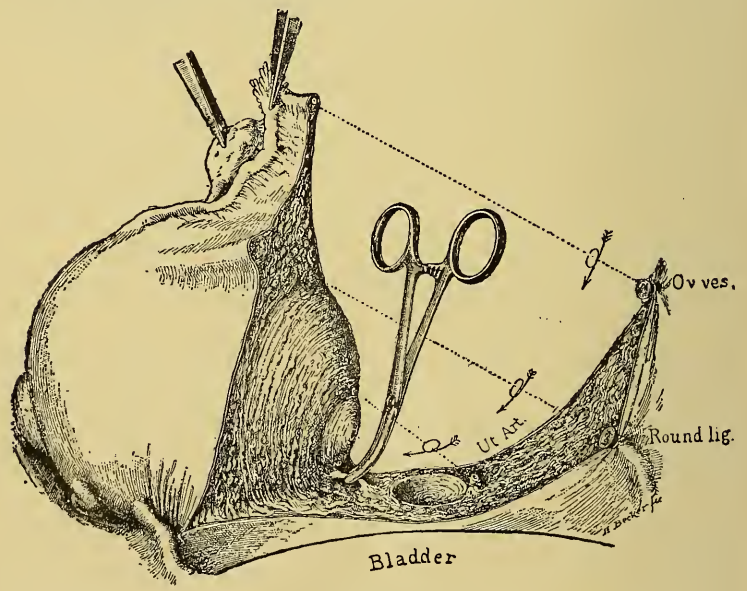

Fig. 75. — Procédé de Kelly. — *Bladder*, vessie ; *Round lig.*, ligament rond ; *Ut. art.* artère utérine ; *Ov. vess.*, vaisseaux ovariques.

tionne le péritoine vésico-utérin jusqu'au ligament rond de l'autre côté ; on libère et refoule la vessie en bas. On renverse l'utérus sur le côté droit, de façon à rendre accessible l'artère utérine gauche (*Fig.* 75). On cherche l'artère au niveau de la portion sus-vagi-

nale du col, et on la lie au moment où elle quitte l'utérus. (*Fig.* 76). On sectionne alors le col transversalement, immédiatement au-dessus de la voûte vaginale, soit avec une sorte de spatule tranchante (Kelly), soit avec un bistouri. En terminant la section du col, on cherche l'artère utérine droite

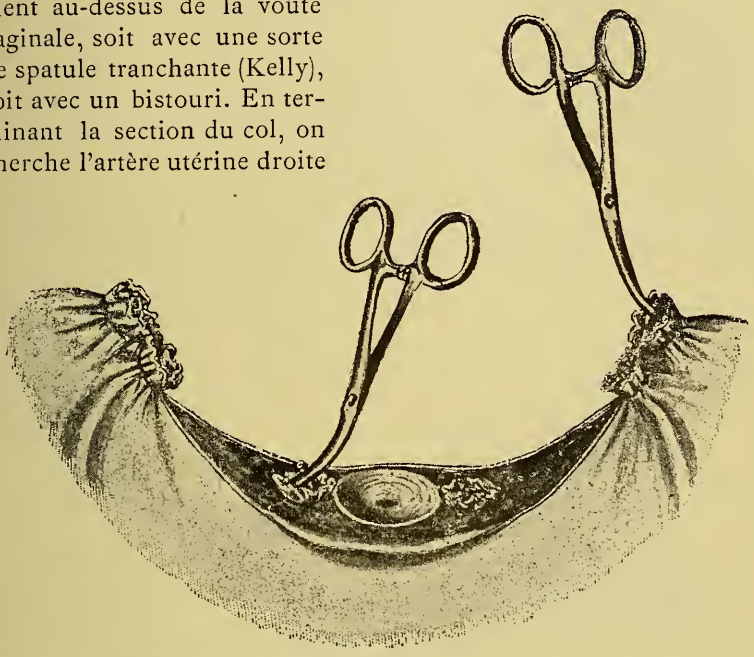

Fig. 76. — Procédé de Kelly. — Une ligature en masse tient chaque artère ovarique, chaque ligament rond avec ses vaisseaux et chaque artère utérine. Les dimensions des divers pédicules (masse comprise entre chaque pédicule) sont exagérées. Les ligatures en masse sur les vaisseaux utérins ne comprennent pas le péritoine. On voit les pinces à forcipressure attirant hors de la ligature en masse une artère ovarique et une artère utérine ou la ligature isolée de chaque vaisseau.— Le col apparaît avec sa surface de section légèrement en cupule.—On voit également le lambeau péritonéal (péritoine de la face antérieure du ligament large et péritoine vésical). Pas de lambeau péritonéal postérieur.

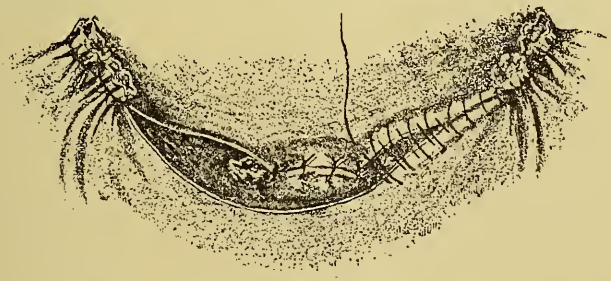

Fig. 77. — Procédé de Kelly. — Chaque artère ovarique et utérine est prise dans une ligature en masse et dans une ligature isolée (1).

et on la saisit avec une pince à 1 centimètre environ de la section

(1) Clichés des *Annales de Gynécologie.*

du col; continuant le renversement de l'utérus et son isolement, on place une pince sur le ligament rond droit, et on complète l'extirpation de toute la masse, utérus, trompes et ovaires. Des ligatures sont substituées aux pinces. On termine ensuite l'opération en suturant le moignon du col, pour fermer le canal cervical (*Fig.* 77), puis en suturant le péritoine antérieur au péritoine postérieur.

L'opération peut aussi bien se faire de droite à gauche. On doit commencer par le côté où les annexes sont le plus facilement accessibles.

9° Procédé de Segond (1897). — Au lieu de faire, comme Kelly, une amputation supra-vaginale, M. Segond enlève le col en totalité. Après avoir lié la première artère utérine, il ouvre le vagin du même côté, puis complète la section vaginale. Saisissant, alors le col avec une pince de Museux, il continue le renversement latéral de Kelly et arrive sur l'autre artère utérine. (*Fig.* 78).

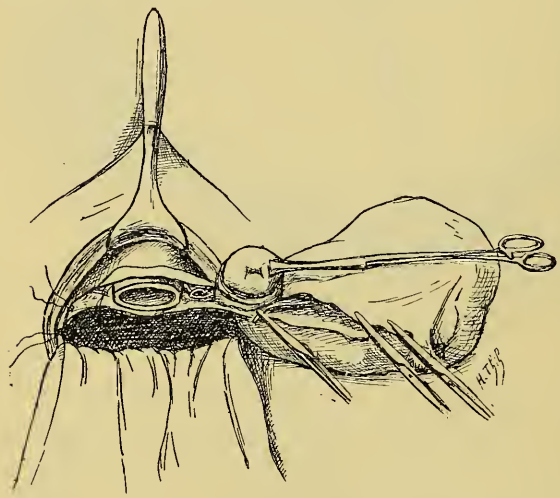

Fig. 78. — Hystérectomie supra-vaginale. — Procédé de Segond.

C'est donc un procédé d'*hystérectomie abdominale totale*.

10° Procédé de Terrier (1896). — Après avoir employé de préférence notre procédé d'hystérectomie abdominale totale, l'auteur préfère actuellement, quand cela est possible, pratiquer, l'hystérectomie supra-vaginale.

Le ventre ouvert, il tire sur le fibrome et l'amène au dehors ; il enlève les annexes, puis confectionne un lambeau péritonéal antérieur. Il incise ensuite transversalement le péritoine en arrière. Il recherche alors les artères utérines et en pratique la ligature. Ceci fait, il sectionne transversalement le col au-dessus de la ligature artérielle et enlève la pièce. Il cautérise au thermo-cautère la cavité du col, et en pratique immédiatement la suture, de façon à empê-

cher toute communication de la cavité du col avec le tissu sous-péritonéal. Enfin il rabat son lambeau antérieur par-dessus le col et le suture en arrière au lambeau postérieur.

11° Procédé de Ch. Noble (1897). — Il fait d'abord la section entre deux ligatures, du ligament large du côté indemne ; puis la ligature des vaisseaux ovariens du côté malade. Avec une aiguille à anévrysme, il passe un fil sous les ligaments ronds et en fait la ligature, puis la section. Il incise ensuite transversalement le péritoine au-dessus de la vessie et décortique la face antérieure de la tumeur. Recherchant alors soigneusement l'uretère, il incise le péritoine en arrière; énuclée ensuite la tumeur, en refoulant le péritoine avec une éponge montée. Il termine par la ligature des vaisseaux utérins du côté malade.

Le col est alors sectionné au-dessus du dôme vaginal et la tumeur enlevée.

On enlève enfin les annexes au moyen de ligatures placées en dehors, et on suture le péritoine pelvien.

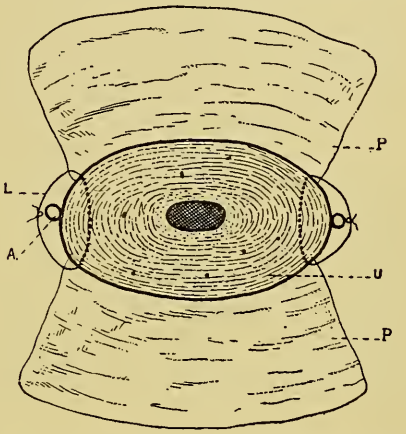

Fig. 79. — Procédé d'hystérectomie supra-vaginale de Hofmeier. — *Légende :* U, utérus; A, artère utérine; L, ligature médiate de l'artère utérine; P, lambeaux péritonéaux.

12° Procédé de Hofmeier (1898). — Le ventre ouvert, la tumeur est attirée au dehors et les ligaments larges sont sectionnés jusqu'à leur base, entre deux rangs de ligatures. On désenclave la tumeur au maximum ; puis on pratique la *ligature médiate* des artères utérines, en faisant passer le fil dans le tissu du col. On dissèque alors en avant et en arrière deux lambeaux, qu'on isole aussi bas que possible. On sectionne alors le col très bas, en plaçant un ou deux catguts sur les points qui saignent (*Fig.* 79 et 80).

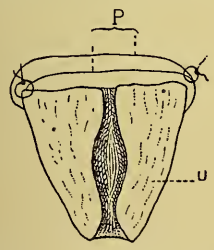

Fig. 80. — Procédé de Hofmeier. — *Légende :* U, utérus ; P, lambeaux péritonéaux superposés et suturés.

La masse enlevée, on rabat les lambeaux l'un vers l'autre et on les suture au catgut ; on termine en fermant l'abdomen.

Suites. — Elles n'offrent rien de spécial. La malade se comportera après l'opération absolument comme si elle avait subi une simple laparotomie.

On devra cependant veiller à l'asepsie du vagin d'une façon encore plus rigoureuse qu'après une ablation d'annexes, une *infection* secondaire pouvant se produire par le col de l'utérus.

Au cours de l'opération on peut blesser les *uretères et la vessie*. De même, en plaçant les ligatures, on devra toujours songer aux uretères.

Indications. — Elles varient beaucoup avec les auteurs : les uns voulant appliquer la méthode extra-péritonéale à tous les cas d'hystérectomie supra-vaginale, les autres au contraire voulant réserver cette méthode pour les *tumeurs à pédicule petit et court* ; d'autres enfin, subordonnant leur choix à l'état d'infection plus ou moins probable de la cavité cervicale.

Il est certain que la méthode intra-péritonéale devrait être rejetée, s'il s'agissait d'une hystérectomie supra-vaginale pour infection puerpérale (A. Sippel, 1894). Elle nous paraît devoir être réservée aux cas dans lesquels l'hystérectomie abdominale totale est contre-indiquée par l'impossibilité de complètement désinfecter le vagin avant l'opération, par exemple quand il s'agit de *femmes vierges*, etc. (Terrier), ou encore dans certains cas d'*annexites*, lorsque le col de l'utérus est sain.

618.14.81.791

III. — Méthode mixte.

Comme son nom l'indique, cette méthode tient à la fois des deux précédentes. Ses défenseurs prétendent qu'elle réunit tous les avantages de la méthode intra-péritonéale et de la méthode extra-péritonéale. L'idée première est due à Billroth (1877); puis von Hacker décrivit l'opération. Mais c'est Wölfler qui l'exécuta le premier (1884).

Comme pour la méthode intra-péritonéale, de grands perfectionnements ont été apportés, à la méthode primitive de Wölfler-Hacker, par Sænger, Fritsch, Chaput et autres, de sorte que l'on peut aujourd'hui arrêter la technique définitive.

A. Procédé typique. — La malade étant placée sur le plan incliné à 45°, le ventre est ouvert, la tumeur détachée, et le pédicule traité par un des procédés que nous avons classés sous le nom de *pédicules longs*, ou par un de ceux, plus simples, dans lesquels le pédicule est traité comme un pédicule d'ovariotomie. Nous donnons la préférence aux procédés qui permettent d'obtenir un moignon utérin partout recouvert de péritoine. Avec une pince de Museux, on saisira le pédicule dans le sens antéro-postérieur, de façon à lui donner une direction transversale, et on l'attirera dans la plaie abdominale. On commencera la fermeture de la séreuse du côté du pubis, avec un surjet de catgut. L'angle inférieur de la plaie sera ainsi fermé jusqu'au niveau du pédicule, absolument comme dans la méthode extra-péritonéale. Arrivée au pédicule, l'aiguille est enfoncée dans la face antérieure du pédicule. La séreuse pariétale sera ainsi mise en contact avec le pédicule. On continuera le surjet sur le côté gauche du pédicule, le plus bas possible, afin de laisser la ligne de réunion du pédicule toute entière en dehors de la séreuse. On continuera à coudre le péritoine pariétal sur la face postérieure du moignon, jusqu'au niveau de la ligne médiane. Là le premier surjet sera arrêté. Un deuxième sera commencé à droite, et suturera la lèvre droite du péritoine sur la moitié antérieure droite, le bord latéral droit, enfin la moitié postérieure droite du pédicule. Arrivée en arrière sur la ligne médiane, l'aiguille sera enfoncée un peu plus profondément dans le pédicule pour l'unir aux deux lèvres du péritoine pariétal. Enfin, le surjet sera continué en haut jusqu'à l'angle supérieur de l'incision. La séreuse se trouve alors complè-

ment close, et, dans le fond de la plaie, on aperçoit le pédicule avec sa ligne de réunion transversale.

Dans la partie *visible* du pédicule, c'est-à-dire dans la partie devenue extra-péritonéale, à droite et à gauche, on passera en anse un fort crin de Florence (fils suspenseurs du pédicule) ; puis les deux chefs de chacun des crins de Florence seront passés à travers toute la paroi, le péritoine excepté, pour être ensuite liés sur un petit coussinet de gaze placé sur la peau. Ces fils suspenseurs auront un rôle passager. Ils sont destinés simplement à tenir le pédicule accolé à la paroi, pendant que ce pédicule contracte des adhérences solides avec le péritoine pariétal, et pendant qu'une hémorrhagie peut encore se produire au niveau du moignon.

Lorsque les fils suspenseurs seront placés et noués, on procédera à la fermeture de la paroi comme d'habitude. Les surfaces cruentées seront suturées dans toute l'étendue de la plaie, sauf dans l'endroit qui répond au pédicule. Là en effet, on placera une longue mèche de gaze iodoformée, qu'on appliquera bien exactement sur le pédicule, et qu'on repliera en accordéon pour former un tamponnement temporaire facile à supprimer ou à remplacer en cas d'hémorrhagie, ou bien permettant un facile accès du fond de la plaie si le pédicule présente des accidents de nécrobiose.

La plaie sera pansée comme à l'ordinaire avec un peu de poudre d'iodoforme et des compresses stériles, le tout recouvert d'une épaisse couche de ouate hydrophile stérile. Du côté du vagin, on fera un tamponnement avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement aura un double but : celui d'amener l'asepsie du col, et celui de maintenir le pédicule soulevé. On changera ce tamponnement tous les trois jours.

B. Procédés divers. — La fixation du pédicule contre la paroi peut se faire de différentes façons ; d'où création de différents procédés, que nous allons rapidement décrire.

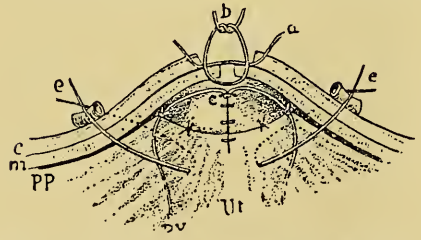

Fig. 81. — Hystérectomie par la méthode mixte.— Procédé de Wölfler-Hacker (D'après Pozzi).

1° Procédé de Wölfler (1884). [*Procédé primitif type*]. Le pédicule est formé d'après le procédé de Schroeder ; puis, à droite et à gauche du sommet du pédicule, on passe une anse de soie, dont les chefs sont ramenés à travers toute l'épaisseur des parois abdominales, y compris le

péritoine. On ferme chacune des soies sur un peloton de gaze iodoformée appliquée sur la peau (*Fig.* 81, *e*, *e*). On procède alors à la fermeture de la paroi (*c*, *m*, *pp*). Le péritoine (*pp*) est fermé au-dessus et au-dessous du pédicule ; puis on le suture aussi au pédicule, mais en laissant les deux soies primitivement placées dans la cavité péritonéale. La peau est ensuite suturée, sauf dans la partie correspondante au pédicule, où l'on place un drain entouré d'une lanière de gaze iodoformée (*Fig.* 81, *a*, *b*,).

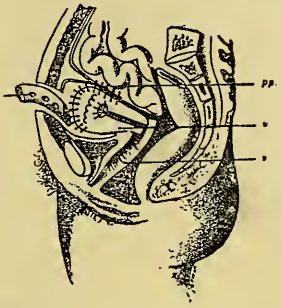

Fig. 82. — Hystérectomie par la méthode mixte (Procédé de Sænger). — Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule, suturé selon le procédé de Schrœder. — *Légende : pp*, péritoine pariétal suturé sur la face postérieure du pédicule ; *u*, pédicule utérin ; *v*, vagin ; *d*, drain (D'après Pozzi).

2° Procédé de Sænger. — Ce chirurgien distingue deux cas, suivant que le pédicule a été traité par le procédé de Schroeder, ou au contraire par celui de Hégar.

2° *Pédicule suturé*. — Il coude fortement le pédicule, en le couchant en avant sur la vessie. Saisissant alors le péritoine pariétal, qu'il décolle un peu de la paroi si c'est nécessaire, il le suture à points séparés sur la face postérieure du pédicule ; de telle sorte que ce pédicule se trouve séparé de la grande cavité péritonéale, et en quelque sorte sequestré dans la loge inférieure de cette cavité, qui s'est trouvée séparée en deux étages par cette espèce de cloisonnement (*Fig.* 82).

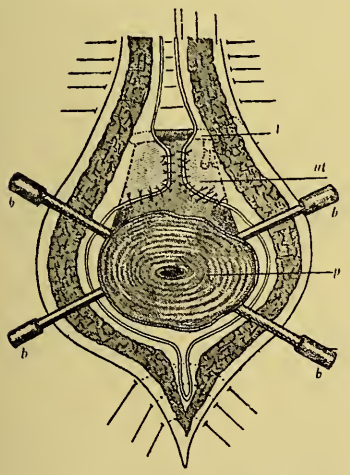

Fig. 83. — Hystérectomie par la méthode mixte. (Procédé de Sænger. — Séquestration intra-péritonéale d'un pédicule avec ligature élastique. — *Légende : l*, ligature élastique ; *ut*, face postérieure de l'utérus ; *p*, pédicule (coupe) ; *b*, broches (D'après Pozzi).

2° *Pédicule embroché avec ligature élastique*. — Au lieu de pratiquer une suture péri-pédiculaire, comme dans le procédé d'Hégar, en laissant le lien élastique en dehors du péritoine, ainsi que toutes les parties du pédicule destinées à se nécroser, Sænger refoule en bas le pédicule autant qu'il le peut, déprime le péritoine pariétal comme précé-

demment, et vient le suturer à la face postérieure du pédicule, sans tenir compte du lien élastique. Si le pédicule est très court, ce lien élastique se trouve situé au-dessous de la suture du péritoine au pédicule, de sorte que, dans ce cas, le péritoine est suturé à une portion du pédicule destinée à se détacher (*Fig.* 83).

3° Procédé de Chaput (1893). — La tumeur et les ligaments larges sont traités comme d'habitude. Un lien élastique provisoire est placé sur le pédicule. En desserrant un peu ce lien, on découvre les vaisseaux qui donnent. *Chaque vaisseau est circonscrit par deux incisions* pratiquées dans le tissu utérin de la surface de section ; puis on le lie avec une grosse soie, qui prend en même temps temps le tissu utérin. (*Fig.* 84).

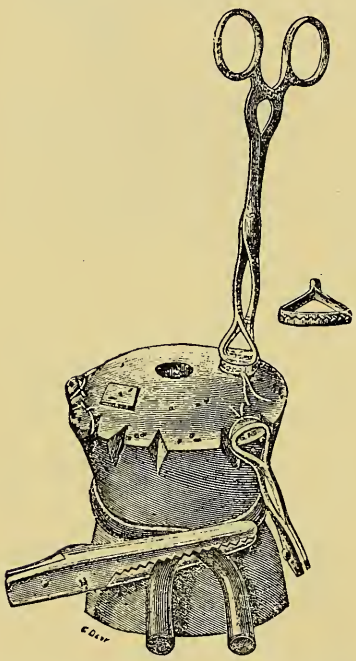

Fig. 84. — Hystérectomie mixte de Chaput. — Hémostase du pédicule par ligature directe.

Quand tous les vaisseaux sont liés, en enlève le lien élastique, on désinfecte le pédicule, et passe dans la cavité cervicale une mèche de gaze iodoformée qui ressort par le vagin. Enfin, on fixe la surface de section du pédicule à la paroi, comme on fixe l'utérus dans l'hystéropexie.

4° Procédé de Byron Robinson (1896). — Le ventre ouvert, la tumeur est attirée au dehors ; puis le péritoine est refermé du haut de l'incision, jusqu'à la face postérieure de l'utérus. Il lie ensuite l'artère ovarienne au niveau du pavillon de la trompe, place une longue pince, à droite et à gauche, sur le ligament large, et sectionne les ligaments larges jusqu'à l'artère utérine, qu'il lie. Il fait un lambeau péritonéal antérieur aussi vaste que possible, puis ampute l'utérus au niveau de l'isthme, suture le bord supérieur de ce lambeau péritonéal au bord du péritoine pariétal de l'incision médiane. Le péritoine est alors complètement fermé et le pédicule fixé à la plaie ; enfin la plaie est suturée.

Suites. — La plaie devra être surveillée pendant les premiers jours, au point de vue de l'*hémorrhagie* qui pourrait se produire au niveau du pédicule. Dans ce cas, on retirerait le tampon de gaze iodoformée et on le remplacerait par un autre plus serré.

Si le *pédicule se gangrène*, on le désinfectera avec soin, en cautérisant au fer rouge les parties gangrenées, puis en imbibant les portions grillées avec une solution de chlorure de zinc au 10e. Les pansements seront renouvelés tous les jours, jusqu'à ce qu'il n'y ait aucune crainte à avoir du côté du pédicule. Le 10e jour, les fils suspenseurs seront enlevés et tout drainage sera supprimé. On laissera alors se faire la cicatrisation de la plaie abdominale.

Indications. — La méthode mixte peut être une méthode de choix, applicable de parti pris à tous les cas d'hystérectomie supra-vaginale. Mais elle peut devenir une opération de nécessité, si, par exemple, au cours d'une hystérectomie supra-vaginale, avec pédicule interne, ou pédicule externe, on rencontre un *pédicule saignant* dans le premier cas, ou *trop court* dans le second. Elle doit donc être connue et familière à tout chirurgien, qui pratique l'hystérectomie supra-vaginale.

CHAPITRE IX

618.14.81.71

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.

Définition. — Comme son nom l'indique, l'hystérectomie abdominale totale est une opération qui a pour but l'ablation de l'utérus, en totalité, par la cavité abdominale.

Synonymie. — *Castration abdominale totale.* — *Opération de Freund,* qui paraît l'avoir exécutée le premier d'une façon typique.

Historique. — Delpech, en 1830, proposa le premier d'enlever l'utérus cancéreux en totalité par le ventre. En 1853, Burnham fit la première hystérectomie totale pour un fibrome avec succès.

Kimball et Kœberlé répétèrent l'opération, mais en laissant des portions du col. Péan fit sa première hystérectomie en 1869; mais il abandonna la méthode pour se livrer à l'étude du meilleur traitement du pédicule. — Freund, en 1878, reprit la question et pratiqua ses premières hystérectomies totales pour cancer. Ses résultats furent mauvais et l'opération fut délaissée jusqu'aux travaux de Bardenheuer en 1881. Ce chirurgien rappelle les inconvénients et dangers des méthodes dites intra et extra-péritonéales du pédicule et préconise l'ablation totale. Il appuie son jugement sur sept observations, qui lui ont donné six succès et pour lesquelles il avait pratiqué l'opération en deux temps, un temps vaginal et un temps abdominal. Il est donc le promoteur de la méthode vagino-abdominale. Péan le suivit et publia quelques observations isolées d'ablations totales, faites aussi en deux temps, mais l'opération abdominale précédant l'opération vaginale. La méthode abdomino-vaginale était aussi créée.

Il faut arriver à 1890 pour voir naître la méthode abdominale proprement dite, qui est étudiée, dans tous ses détails, dans l'important travail de A. Martin. Ce chirurgien avait adopté d'abord, en 1888, la méthode abdomino-vaginale; mais il l'a depuis complètement abandonnée.

Eastman (d'Indianopolis) adopte la méthode pour les fibro-myomes en 1889; et trois ans plus tard il présente un total de 70 cas.

Puis viennent les belles statistiques de Chrobak (de Vienne), Lennander (d'Upsal) ; et, en Amérique, de Polk, Krug, Edebohls.

En France, Guermonprez (de Lille) défendit l'opération dès 1891 ; Doyen (de Reims) publia son premier procédé opératoire en 1893. H. Delagénière (du Mans) décrivit le sien en 1894. Mais il s'agissait toujours de fibromes. La méthode devait prendre de l'extension en Amérique et s'appliquer aux affections suppurées des annexes [Polk, 13 février 1892 ; Krug, avril 1893 ; puis, quelques mois plus tard, Baldy (de Philadelphie) et Brown (de Chicago)]. En France, la première castration abdominale totale, pour suppuration des annexes, a été faite par H. Delagénière, le 20 janvier 1894.

Technique opératoire. — La *préparation* de la malade avant l'opération a préoccupé avec raison la plupart des chirurgiens. Cette préparation joue un rôle important au point de vue du succès. On doit donc insister là dessus d'une façon toute spéciale. Nous distinguerons deux cas, selon que le col utérin présente des surfaces fongueuses et ulcérées (métrites avec ulcérations étendues du col, le col étant le siège d'un écoulement purulent, etc.), ou selon qu'il est au contraire à peu près sain (fibro-myomes, sarcomes, pyosalpynx).

Dans le premier cas, il ne faut pas hésiter à pratiquer, quelques jours avant l'opération, un *curettage* soigné des parties malades, suivi d'une désinfection complète des parties, que l'on touchera directement avec une solution de chlorure de zinc au 10e ; puis on fera un *tamponnement du vagin* avec de la gaze iodoformée. Ce tamponnement sera enlevé tous les jours, les surfaces malades touchées soit avec la solution de chlorure de zinc au 10e, soit mieux encore avec une solution alcoolique de sublimé à 1 o/o ; puis le vagin sera tamponné de nouveau. Après le 4e pansement, la malade pourra être considérée comme préparée.

Si le col n'est pas ulcéré et si l'opération peut être retardée, on fera prendre pendant *un mois* trois injections vaginales au sublimé par jour, et un bain savonneux tous les deux jours. Cinq ou six jours avant l'opération, on fera chaque matin un nettoyage du col avec une solution alcoolique de sublimé à 1 o/o, suivie d'un tamponnement à la gaze iodoformée. Chaque fois, on fera une sorte d'écouvillonnage du col avec une mèche de gaze iodoformée, introduite dans le col aussi haut que possible. Là se bornera la préparation.

Les malades ainsi désinfectées localement sont purgées l'avant-veille de l'opération. La veille, elles sont rasées et savonnées dans un

bain, après lequel on fait un dernier pansement local. Le matin de

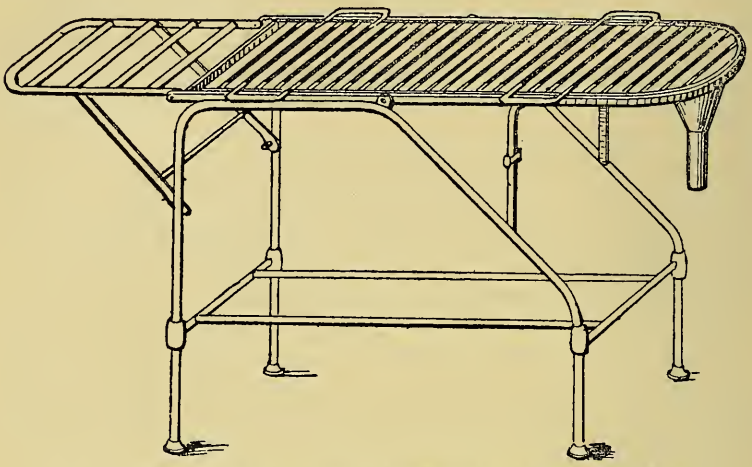

Fig. 85. — Table d'opérations de M. H. Delagénière — La table est disposée pour l'opération dans la position horizontale.

l'opération le tamponnement mis la veille est simplement changé.

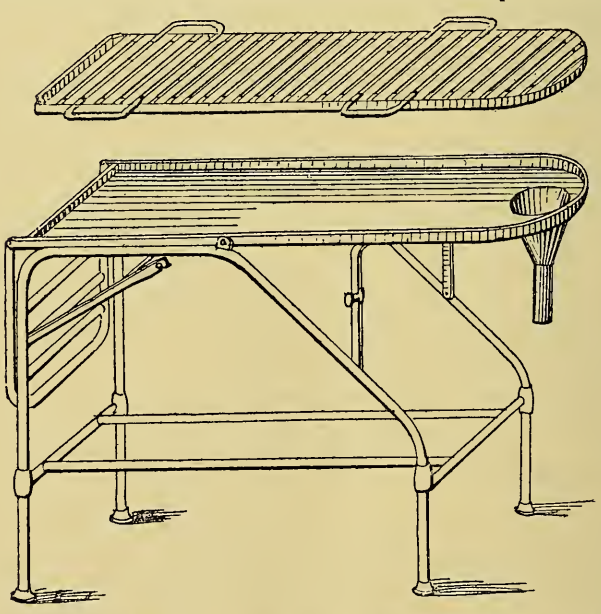

Fig. 86. — Différentes parties qui composent la table de M. le Dr H. Delagénière.

La paroi abdominale est encore une fois savonnée ; puis la malade est sondée et endormie dans son lit.

On la transporte alors dans la salle d'opération et on l'installe sur une table à plan incliné facultatif (*Fig.* 85, 86 et 87). L'emploi du *plan incliné* est absolument indispensable pour faire avec facilité et sûreté l'opération telle que nous allons la décrire d'après notre pratique.

En effet, la difficulté de l'opération résulte de la profondeur à laquelle on opère, principalement, lorsqu'il s'agit d'assurer l'hémostase de l'artère intéressée et de fermer complètement la cavité pelvienne. Or cette partie délicate de l'opération ne se fera sûrement que sous le contrôle de la vue, lorsque le champ opératoire

Fig. 87. — La table d'opérations du Dr H. Delagénière en position inclinée.

sera débarrassé complètement des anses intestinales d'une part, et des mains de l'assistant, toujours *encombrantes* et *dangereuses*.

Le plan incliné a un autre avantage, sur lequel on ne saurait trop insister : celui de mettre aussi bien que possible la grande séreuse péritonéale à l'abri de l'infection. En effet, pendant tout le temps de l'opération, les anses d'intestin sont refoulées dans la cavité abdominale, où elles sont protégées par des compresses. A aucun moment, elles ne viennent se contaminer dans le champ opératoire, qu'on doit toujours tenir comme suspect, non seulement en raison de la présence de l'utérus, des annexes et du vagin, qui peuvent, malgré les précautions prises, rester infectés ; mais encore en raison

de la difficulté de la longueur et de la minutie de l'opération, qui exposent le chirurgien et ses aides à commettre plus facilement des fautes contre l'asepsie.

Instruments. — Ils seront stérilisés avec leurs plateaux dans le stérilisateur Poupinel, et on les emploiera à sec. On

Fig. 88. — Pince clamp courbe ordinaire.

devra préparer ainsi : un bistouri, 2 paires de ciseaux (droits et

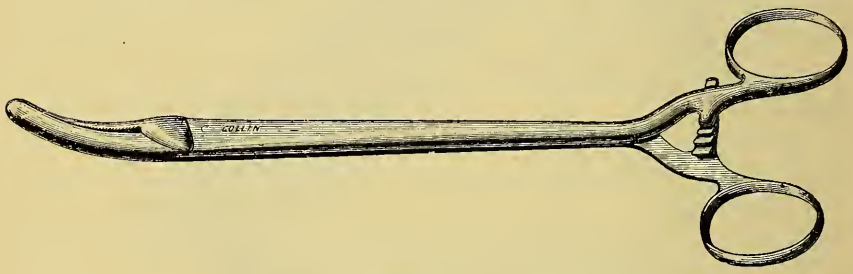

Fig. 89. — Pince clamp courbe à long manche.

courbes), une pince à griffes, 2 désenclaveurs (grand et petit), 2 aiguilles courbes à surjet (moyenne et petite), 2 aiguilles de Re-

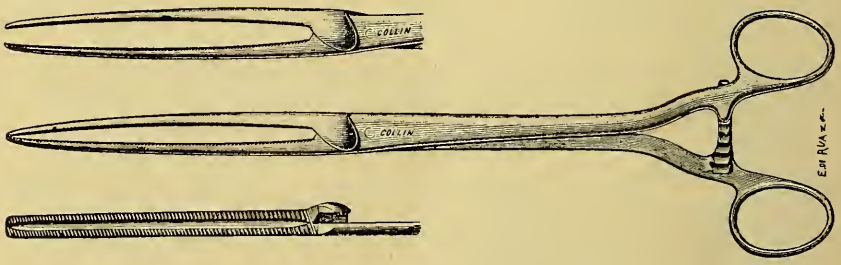

Fig. 90. — Pinces clamp droites

verdin (droite et courbe), une aiguille de Reverdin mousse, 2 pinces clamp coudées (*Fig.* 88 et 89), 2 pinces clamp droites

(*Fig.* 90), 12 pinces hémostatiques courbes (*Fig.* 91), 12 grandes

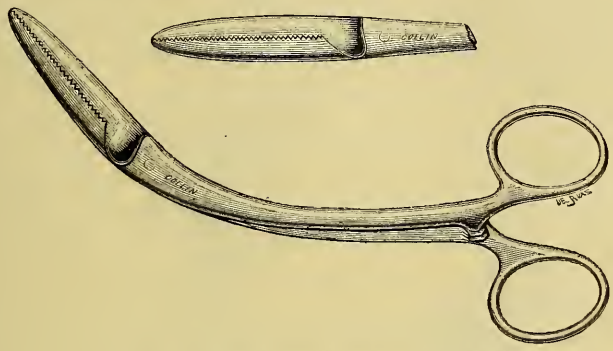

Fig. 91. — Pinces hémostatiques du Dr H. Delagénière.

pinces hémostatiques droites (*Fig.* 92), etc. (*Fig.* 93).

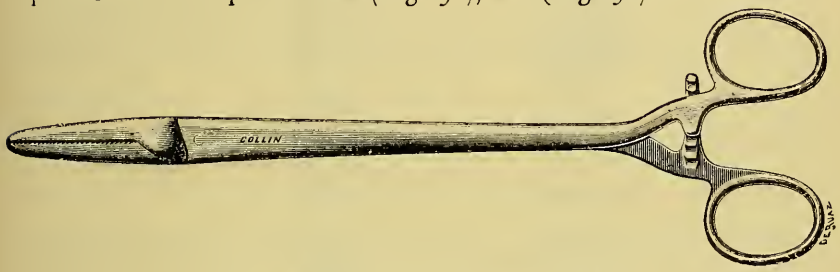

Fig. 92. — Grande pince hémostatique droite.

Comme accessoires, on devra préparer et stériliser à l'autoclave :

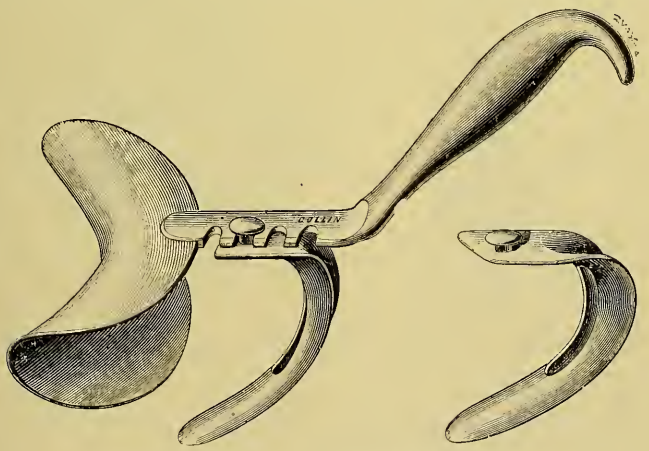

Fig. 93. — Valve abdomino-vaginale de Monprofit.

une centaine de compresses, qui servent aussi de tampons, soie

tressée n° 1, n° 3 et n° 5, un drain en métal, (*Fig.* 94 et 95), 25 crins de Florence ou des fils d'*aluminium bronze*.

Enfin on aura à sa disposition des catguts stérilisés par le pro-

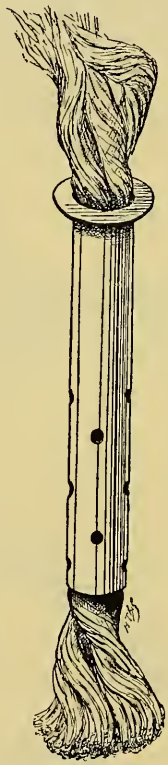

Fig. 94. — Drainage métallique et mèche à drainage ordinaire.

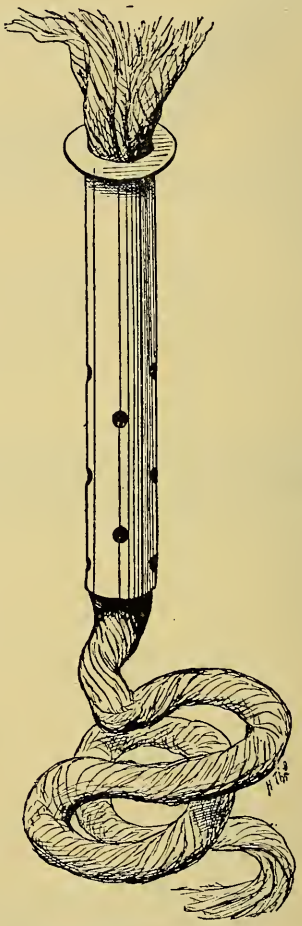

Fig. 95. — Drain avec large mèche.

cédé Répin en assez grande quantité, car on fera au catgut le plus de sutures possible.

Les aides seront peu nombreux. L'un sera chargé de l'anesthésie. Son rôle est des plus importants et nécessite une pratique consommée. En effet, l'opération sera longue et sera pratiquée très souvent sur des malades épuisées. Il importera donc que la malade absorbe

le moins possible de l'anesthésique employé. D'un autre côté le sommeil devra être complet et ne présenter aucune interruption, afin d'éviter les efforts de vomissement qui ont l'immense inconvénient de mouvoir les intestins et parfois même de les pousser dans le champ opératoire.

Un seul aide direct suffira : son rôle sera purement passif. Il sera chargé d'éponger, de maintenir la tumeur au moyen du désenclaveur, de tenir les pinces, etc.; mais *toutes les ligatures devront être faites par le chirurgien, l'aide ne devra toucher qu'aux instruments.*

Dans les milieux parfaitement organisés, on peut confier à un troisième aide le soin de passer les tampons et les compresses. Cette méthode a l'avantage de soustraire les tampons restants au contact de mains souillées par le sang.

La manœuvre du plan incliné sera confiée au chloroformisateur ; il devra donc connaître parfaitement le mécanisme de la table employée.

Généralités sur notre méthode personnelle d'Hystérectomie abdominale totale.

Après l'hystérectomie abdominale totale, le chirurgien n'a guère à craindre que la *septicémie péritonéale.* La mort par hémorrhagie post-opératoire peut aussi être observée; mais elle sera la conséquence d'une faute opératoire, toujours facile à éviter.

Les causes de septicémie péritonéale tenant au chirurgien et à ses aides ne présentent rien de particulier dans cette opération, tandis que celles qui dépendent de la malade doivent nous préoccuper absolument pour le choix de la méthode. Ces causes résident souvent dans les *annexes*, dans les *poches suppurées péri-utérines* ; elles résident toujours, avec des degrés variables de virulence, dans le *vagin.*

Le premier soin du chirurgien sera de se mettre à l'abri de ces deux causes d'infection. C'est pourquoi, comme règle générale, nous posons en principe : la nécessité d'enlever le plus tôt possible les annexes infectées du champ opératoire, et d'ouvrir le vagin le plus tard possible, mais de le refermer aussitôt.

Au point de vue de la technique, cette première règle nous conduit à *traiter d'abord les annexes* et les ligaments larges, puis à pratiquer de suite toute la partie sus-vaginale de l'opération. Cette partie sus-vaginale de l'opération consistera en la décortication de haut en bas du segment inférieur de l'utérus et du col. Pendant ce

temps opératoire, les artères utérines auront été découvertes et liées. Les utéro-ovariennes le seront également avant l'ouverture du vagin.

Cette ouverture se fera alors rapidement et sans désemparer ; puis, la tumeur enlevée, le conduit vaginal sera fermé immédiatement ou tamponné. L'hémostase sera complétée, puis le péritoine complètement suturé dans le fond du bassin.

Ces règles générales posées, nous allons décrire l'opération en détail.

MANUEL OPÉRATOIRE PERSONNEL.— La malade est placée sur le plan incliné facultatif, en position horizontale (*Fig.* 85). Le chirurgien est à sa gauche, afin de pouvoir agir plus facilement avec sa main droite dans le fond du bassin. L'aide sera en face, c'est-à-dire à droite de la malade. Le chloroformisateur sera assis à la tête de la malade ; il aura sous la main tout ce qui pourra lui être utile, afin de ne déranger personne au cours de l'opération. Lorsque la malade sera en résolution complète, l'opération commencera.

La paroi sera nettoyée une dernière fois et vigoureusement frottée avec une solution antiseptique.

L'*incision*, comme dans toute laparotomie, aura d'abord une longueur de 7 à 8 centimètres seulement, afin de permettre l'introduction de la main et la vérification du diagnostic. Si l'hystérectomie totale est décidée, on la prolongera autant que possible du côté du pubis ; puis on l'agrandira vers l'ombilic, de la longueur voulue pour sortir la tumeur du ventre. Si l'utérus a son volume normal, l'incision s'arrêtera à l'ombilic. Quelquefois même, avec un volume peu considérable, on fera bien de se donner du jour en contournant l'ombilic, du côté où se tient l'opérateur, dans le quart de sa circonférence, de telle sorte que dans son ensemble l'incision aura la forme d'un F.

Quelquefois l'incision de la paroi donnera beaucoup de sang ; il ne faudra pas se hâter de s'encombrer de pinces hémostatiques, mais attendre que tous les plans soient sectionnés, avant de faire l'hémostase. Souvent il suffira de placer deux ou trois pinces, tandis que 12 n'eussent pas été suffisantes au début de l'incision.

Lorsque le ventre est ouvert, la technique sera différente, suivant que l'utérus à enlever a son VOLUME NORMAL, ou suivant qu'il est le siège d'une TUMEUR VOLUMINEUSE. Nous décrirons d'abord l'ablation de l'utérus, dont le volume est normal, car dans ce cas, l'opération

se trouve pour ainsi dire schématisée ; puis nous étudierons les modifications qu'entraîneront les différentes tumeurs utérines.

A. **Utérus de volume normal.** Dans ces cas là, l'utérus sera presque toujours enlevé, parce qu'il est le siège de cancer ou parce qu'il existe des lésions infectieuses des annexes.

Le premier soin du chirurgien sera d'*enlever les annexes*, et cette

Fig. 96. — Schéma d'une coupe montrant la position de l'utérus à enlever.

partie de l'opération ne diffèrera guère de l'isolement habituel des annexes pour lésions septiques.

S'il existe des adhérences à la paroi, on devra les rompre dans une étendue suffisante, pour permettre l'accès du bassin en bas, et le refoulement des masses intestinales en haut. On cherchera alors, comme point de repère, le fond de l'utérus (*Fig.* 96) ; puis on procédera à l'*isolement de l'épiploon* et des anses intestinales. L'épiploon sera détaché de toutes ses adhérences ; si des vaisseaux contenus dans son épaisseur sont déchirés, l'hémostase devra en être faite de suite, en prenant soin de réséquer les parties adhérentes. Ainsi libéré et ligaturé, l'épiploon est refoulé vers la cavité abdominale. Des anses

d'intestin seront à leur tour détachées avec méthode, isolées complètement et examinées. On remédiera immédiatement à toutes les lésions qu'on constatera: blessures de la séreuse viscérale ; blessures de vaisseaux ; ouverture ancienne ou récente de l'intestin ; puis les anses seront refoulées en bloc vers le ventre. On les protégera avec des compresses stériles, qu'on disposera de façon à empêcher tout écoulement de liquide, venant du bassin, dans les flancs de la cavité péritonéale. A cet effet, une compresse sera étalée sur la ligne médiane, depuis le fond du cul-de-sac de Douglas, jusqu'à l'angle supérieur de la plaie ; deux autres compresses, montées sur des pinces courbes sur champ, seront chiffonnées, et placées à droite et à gauche dans les flancs. A partir de ce moment, jusqu'à la fermeture

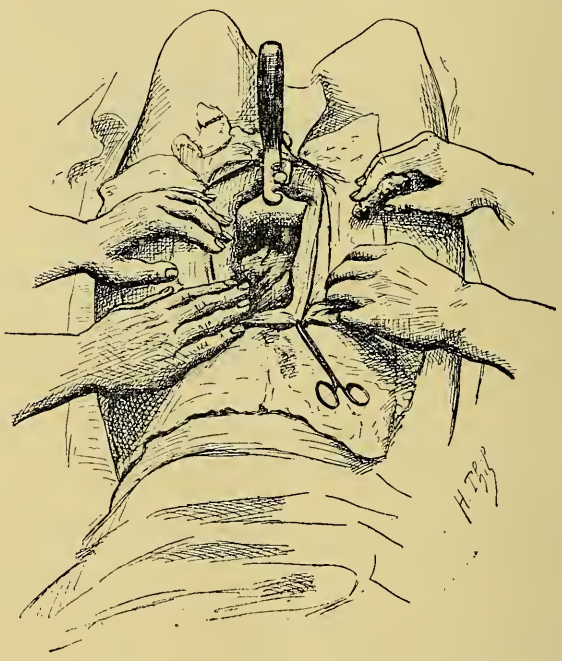

Fig. 97. — Vue de la plaie abdominale en position inclinée.

de la paroi, il ne sera plus question des anses intestinales, qu'on ne devra plus voir, si l'anesthésie est bien conduite (*Fig.* 97).

L'isolement et la pédiculisation n'auront pas besoin d'être poussés aussi loin que pour une ablation d'annexes ; il suffira de pouvoir placer une pince en dehors et une en dedans des annexes à enlever.

Le placement de ces pinces se fera de la façon suivante. On dé-

terminera d'abord approximativement en avant et en arrière le point par où devra passer le tracé de la future collerette ; le point de repère, indispensable pour ce tracé, est le lieu où se fait la réflexion du péritoine, qui passe de la face antérieure de l'utérus sur la vessie. Cette réflexion se reconnaît à une ligne d'aspect blanc nacré, qu'on pourra presque toujours trouver facilement. C'est au-dessus de cette ligne, à environ 2 centimètres, que partira le tracé de la collerette, et c'est jusqu'à ce niveau environ que les ligaments larges pourront et devront être sectionnés.

En effet, cette section est possible, car on n'a pas à craindre la blessure de l'uretère, même dans les cas exceptionnels où ce conduit se porte entre les feuillets du ligament large pour atteindre la vessie; car, dans ces cas, il se porte obliquement en bas et jamais on ne

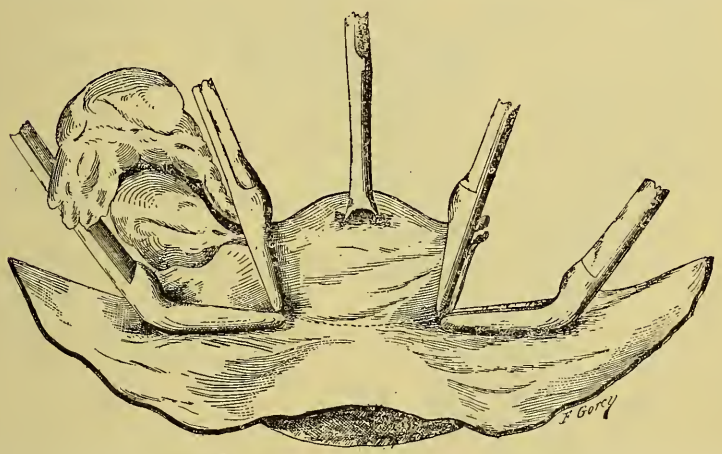

Fig. 98. — Les annexes sont isolées; une pince coudée placée à cheval sur le ligament large; le bec arrive au ras de l'utérus sous le bec d'une pince hémostatique placée de champ sur la corne utérine et longeant le bord utérin ; à gauche les annexes sont enlevées.

le rencontre dans la moitié supérieure et interne du ligament. Elle est en outre indispensable, pour permettre l'énucléation facile du segment inférieur de l'utérus hors de la collerette.

Lorsqu'on a ainsi déterminé approximativement le futur tracé de la collerette, on placera les pinces comme il suit. Saisissant avec les doigts les annexes d'un côté et les tenant soulevées, on place, à cheval sur le bord libre du ligament large et en dehors des annexes, une pince clamp coudée qui saisira le ligament large jusqu'à son insertion sur le bord de l'utérus, à la hauteur environ de la future collerette (*Fig.* 98). Tenant toujours les annexes soulevées, une deuxième

pince droite est placée verticalement sur l'angle utérin, saisissant le ligament de l'ovaire et le ligament rond, et arrivant jusqu'à la rencontre de la pince coudée. Les annexes et leurs ailerons seront donc contenus entre ces deux pinces et il suffira dès lors de pra-

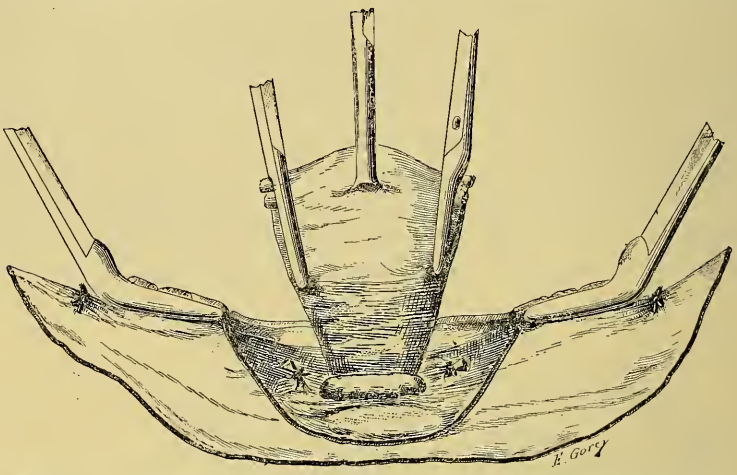

Fig. 99. — Les annexes ont été excisées entre les pinces. — Tracé de la collerette, partant entre les becs des 2 pinces.

tiquer deux incisions, qui suivront les mors de ces pinces, pour enlever les annexes avec leur contenu septique et leurs poches purulentes (*Fig.* 98).

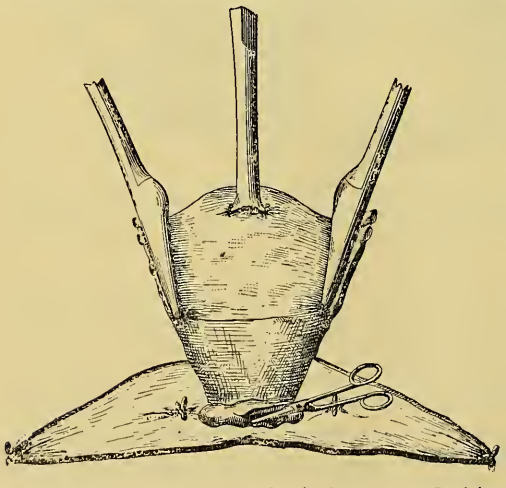

Fig. 100. — Hystérectomie abdominale totale. — Incision du cul-de-sac vaginal.

Lorsque les annexes seront ainsi enlevées de chaque côté, l'utérus se trouvera libéré dans son tiers supérieur, ainsi que le montre la *Fig.* 99.

Tracé de la collerette. — Nous désignons sous le nom de collerette la portion de péritoine utérin d'où l'utérus sera énucléé et avec lequel la cavité péritonéale sera refermée à la fin de l'opération. Cette collerette se continue à

droite et à gauche avec les deux feuillets des ligaments larges. L'utérus sera saisi avec une pince à griffes et tenu soulevé. Entre les becs des deux pinces, continuant la direction de la pince horizontale et rasant l'extrémité de la pince verticale, on fera partir une incision transversale, convexe en haut, pour passer en avant à 1 cent. ou 1 cent. 1/2 au-dessus de la vessie, latéralement entre les mors des pinces, enfin en arrière plus ou moins bas, suivant qu'il y a ou non intérêt à supprimer une partie de cette moitié postérieure de la collerette, comme cela sera le cas, si, en décortiquant les annexes, on a plus ou moins dénudé la face postérieure de l'utérus. L'incision doit être faite superficielle. (*Fig.* 99.)

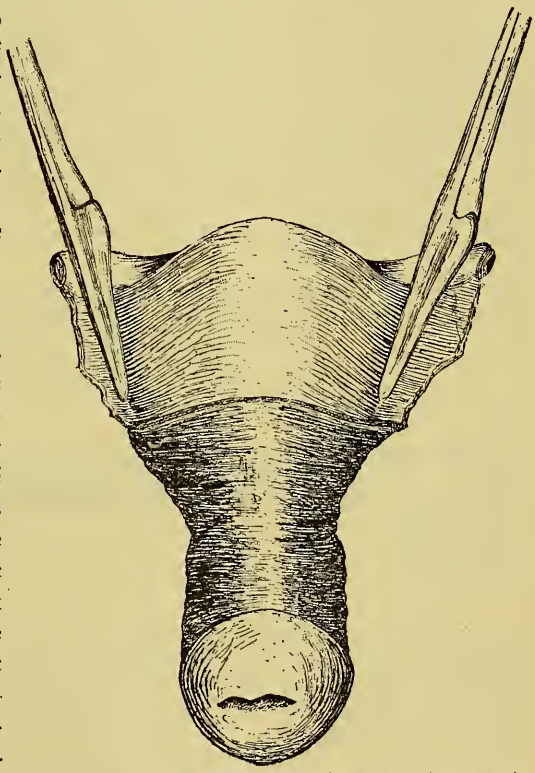

Fig. 101.— L'utérus une fois enlevé, les deux pinces verticales sont restées sur la pièce. — Le fond de l'utérus est resté couvert de péritoine.

Dissection de la collerette. — Cette dissection, très importante, devra se faire avec le doigt, entouré d'une compresse. Les bords de la collerette seront repérés avec des pinces. Le doigt devra toujours suivre le muscle utérin avec sa face palmaire, l'ongle ne devant intervenir dans le décollement qu'en agissant directement sur le muscle utérin.

En avant, on pratiquera la dissection de la collerette et, arrivé à la vessie, on refoulera l'organe en avant; puis, suivant le col utérin, on atteindra le dôme vaginal.

En arrière, cette dissection sera poursuivie d'emblée jusqu'au cul-de-sac vaginal postérieur. Si, dans la décortication des annexes, le péritoine de la face postérieure de l'utérus a été arraché, on n'en

tiendra pas compte et on ira directement à la recherche du cul-de-sac postérieur du vagin. (*Fig.* 100.)

L'isolement du col et du dôme vaginal se poursuivra sur les côtés, toujours avec le doigt entouré d'une compresse. A ce moment la pince coudée sera écartée de l'utérus, entraînant au dehors la portion pincée du ligament large, et on découvrira les artères utérines de chaque côté. Ces artères seront liées de chaque côté, puis sectionnées au-dessus de leur ligature. En imprimant des mouvements de torsion à l'utérus, on s'assurera que le vagin est bien isolé; puis, supprimant les pinces clamp placées au début de l'opération, on pratiquera une ligature sur la partie externe de chaque ligament. Cette ligature se fera au moyen d'un simple catgut passé à travers le ligament large, en arrière de la pince, et à 15 ou 20 millimètres au-dessous du bord libre. Le fil sera vigoureusement noué sur le bord libre. On placera ensuite une deuxième ligature sur la section de chaque ligament rond.

Ouverture et section du vagin.— L'utérus étant fortement soulevé avec la pince de Museux (*Fig.* 102), on pratique avec le bistouri,

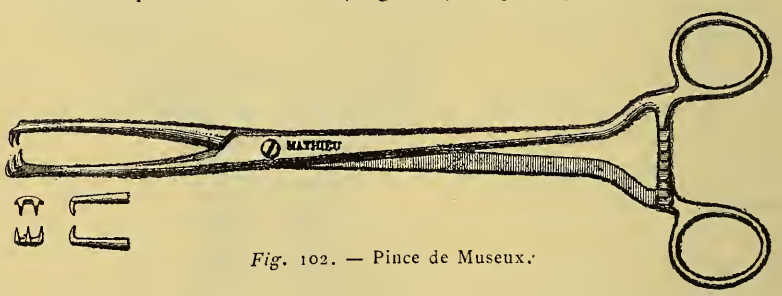

Fig. 102. — Pince de Museux.

une ponction du cul-de-sac vaginal postérieur. Par l'orifice ainsi créé, on introduit une des lames d'une paire de ciseaux courbes, et rapidement, tout autour du col, on sectionne les attaches vaginales,

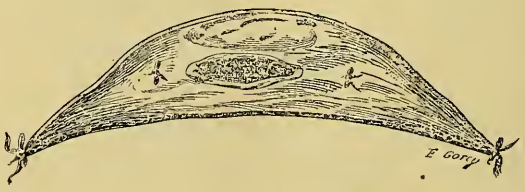

Fig. 103. — Fond du vagin, l'utérus enlevé.

(*Fig.* 100). L'utérus est alors enlevé (*Fig.* 101); une compresse propre est introduite dans le vagin de haut en bas ; quelques pinces

hémostatiques sont placées sur quelques artérioles vaginales, dont l'hémostase sera assurée, soit par quelques ligatures directes, soit par la simple suture du vagin. (*Fig.* 103.)

Suture du vagin. — Le vagin sera immédiatement suturé transversalement au moyen d'un surjet à points serrés, fait avec un gros catgut. Ce surjet devra assurer l'hémostase de la tranche vaginale en même temps que fermer le vagin. Dans ce but nous le faisons à *points de boutonnière.*

Cette suture du vagin ne se fera pas, si les ligaments larges sont infiltrés et ont besoin d'être drainés. Dans ces cas, le vagin *restera ouvert.* On devra donc, dans ces cas particuliers, assurer l'hémostase de la tranche vaginale au moyen d'anses de fil passées à travers la paroi du vagin et enserrant chacune une partie de la tranche vaginale.

Suture péritonéale. — Cette suture commence de chaque côté,

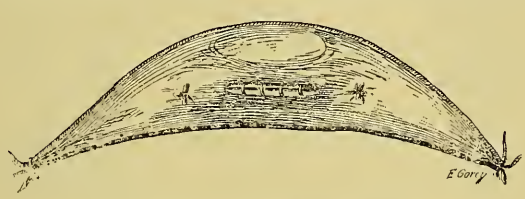

Fig. 104. — Suture péritonéale.

au delà de la ligature qui aura été placée sur l'artère utéro-ovarienne, de façon à enfouir sous le péritoine cette ligature. Le surjet sera fait avec le plus grand soin, à points serrés, pour assurer une réunion parfaite et complète, de telle sorte qu'une fois terminé, il n'y aura aucun pédicule apparent. (*Fig.* 104 et 105).

Fig. 105. — Aspect de la suture terminée.

Drainage (1). — Nous avons coutume de drainer le péritoine après l'hystérectomie abdominale totale. Nous employons le drainage capillaire dans nos tubes métalliques (*Fig.* 95 et 96). Il a l'avantage de laisser une porte d'accès dans le péritoine, et de permettre de s'assurer qu'il n'y a aucune hémorrhagie. Il assure le rapide écou-

(1) Pour la technique de notre drainage capillaire, voir *Archives provinciales de Chirurgie*, 1898, mai, p. 300-303).

lement au dehors de tous les liquides sécrétés par le péritoine, enfin il permet de prolonger le drainage capillaire, où d'y substituer le drainage avec un tube en caoutchouc.

Fermeture de la paroi abdominale. — Nous fermons la paroi abdominale à trois étages. Le péritoine est d'abord suturé avec un surjet de catgut, puis l'aponévrose, avec un surjet métallique (fil de bronze aluminium de Socin) qu'on laisse à demeure dans les tissus. Enfin la plaie est suturée au moyen d'un surjet avec le même fil métallique. Le tube métallique est serré de près par les différents surjets et jamais nous ne mettons de fil d'attente.

Le pansement est très simple; il consiste à recouvrir la cicatrice et le drain avec des compresses de gaze stérile et une épaisse couche d'ouate, en maintenant le tout avec un bandage de corps en flanelle.

B. **Utérus volumineux.** — Il s'agira presque toujours de fibromyomes volumineux, dont le développement peut amener des modifications infinies dans la situation des annexes et des ligaments fixateurs de l'utérus. Nous distinguerons trois cas principaux.

La masse formée par l'utérus myomateux: 1° est *libre* dans la cavité pelvienne et pédiculée sur le col; 2° ou bien elle est *enclavée dans le bassin;* 3° ou bien encore elle est *incluse dans le ligament large*.

1° **Tumeur libre et pédiculée.** — La matrice a, en quelque sorte, conservé sa forme. Sur la partie la plus saillante, en évitant autant que possible les vaisseaux visibles, on introduit le désenclaveur (*Fig.* 107 et 108), absolument comme un tire-bouchon, et on attire la tumeur hors du ventre.

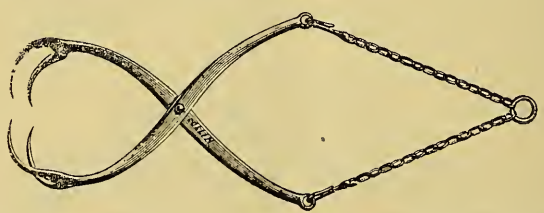

Fig. 106. — Appareil de Collin pour traction et suspension des fibromes.

Si les ovaires sont élevés, les ligaments larges constituent deux sortes de sangles latérales situées sur les côtés de l'utérus. Il suffira dans ce cas de placer perpendiculairement au bord de l'utérus, deux

pinces clamp, dont le bec effleurera le bord de l'organe. Ces pinces saisiront toute la largeur du ligament large et seront placées horizontalement l'une au-dessus de l'autre, et toutes deux au-dessous des annexes. La plus inférieure devra répondre à deux centimètres au-dessous d'une ligne blanc-nacré qui se trouve sur l'utérus, au niveau de la réflexion du péritoine de la vessie. La plus supérieure sera placée deux centimètres plus haut ; son rôle sera de s'opposer à l'irruption du sang contenu dans la tumeur. Les deux pinces mises en place, on sectionnera entre elles le ligament large d'emblée, jusqu'à la rencontre du tissu musculaire de l'utérus. A cet endroit on coupera peut-être l'arcade anastomotique des artères

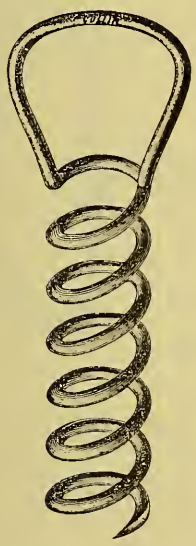

Fig. 107. — Tire-bouchon de H. Delagénière pour l'hystérectomie abdominale totale.

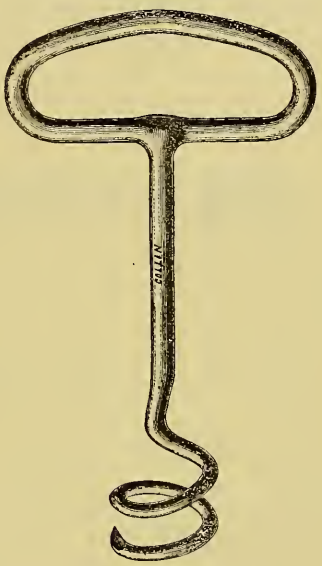

Fig. 108. — Erigne hélicoïde de Doyen à grandes spires peu nombreuses pour l'hystérectomie abdominale.

utérine et utéro-ovarienne, ce qui nécessitera le placement d'une ou deux pinces. Le ligament large se trouvera donc décapité de ses ailerons. Au lieu de deux pinces superposées, on pourrait, comme nous l'avons fait au début, placer deux ligatures l'une au-dessous de l'autre, et sectionner entre les deux ; mais, faites ainsi au début de l'opération, avant la décortication de la tumeur, ces ligatures seront exposées à glisser.

Si les ovaires sont situés très bas dans le bassin, au-dessous de la masse principale, on inclinera la tumeur d'un côté et on intro-

duira une pince coudée qui ira saisir le ligament large sous l'ovaire. Une grande pince clamp sera placée sur le ligament large, en suivant le bord de l'utérus, puis les annexes seront incisées absolument comme dans le cas habituel d'utérus à volume normal.

On procèdera ensuite au tracé de la collerette.

Ici la vessie peut avoir été entraînée très haut. On cherchera avec soin à quel point elle remonte exactement, et de ce point on fera partir la collerette, en taillant, pour la dissection de la vessie, une sorte de lambeau antérieur. On décollera le lambeau, puis la vessie, avec le doigt entouré d'une compresse; et d'emblée on poursuivra la dissection jusqu'au dôme vaginal. En arrière, on fait une petite incision transversale au-dessous de la pince inférieure,

Fig. 109. — Erigne hélicoïde à spires petites et nombreuses de Doyen pour l'hystérectomie.

et avec le doigt armé d'une compresse, et aidé des ciseaux, sur la ligne médiane, on dissèque la collerette jusqu'au dôme du vagin. Sur les deux côtés, entre les deux feuillets du ligament large, on agit de même et on découvre l'artère utérine, qu'on lie aussi bas que possible, à un centimètre de l'utérus. On coupe alors cette artère au-dessus de la ligature. On lie ensuite les utéro-ovariennes en dehors de la pince clamp inférieure et on enlève cette pince de chaque côté. On vérifie l'hémostase, en plaçant quelques fils à la place des pinces hémostatiques. Puis on ouvre et sectionne le vagin tout autour du col, et on enlève l'utérus.

L'opération se termine absolument comme précédemment.

Avant de procéder à la dissection de la collerette, lorsque la tumeur est déjà pédiculée, on peut avoir intérêt à se débarrasser de la masse de la tumeur qui vient encombrer le champ opératoire. Dans ce but, on placera un lien élastique sur le pédicule de la masse, et on pratiquera l'amputation 3 centimètres au-dessus. Le

pédicule sera recouvert d'une compresse stérile et saisi en avant et en arrière avec 2 pinces de Museux. Dès lors l'opération se terminera exactement comme plus haut.

L'amputation de la tumeur n'est utile que dans les cas de tumeurs atteignant 7 à 8 kilogrammes, et encore, dans ce cas, peut-on employer les moufles de A. Reverdin et l'appareil de Collin (*Fig.* 106) pour maintenir la tumeur soulevée.

2° **La tumeur est enclavée dans le bassin.** — Si elle est développée aux dépens du fond de l'utérus, il suffira de la désenclaver, en exerçant des tractions énergiques sur le désenclaveur. Parfois même on devra *in situ* pratiquer la section d'un ou des deux ligaments larges entre deux pinces, pour pouvoir attirer la tumeur hors du ventre. On rentrera alors dans le cas précédent.

Si, au contraire, la tumeur s'est développée aux dépens du segment inférieur ou même du col utérin, l'opération présentera une difficulté plus grande.

Après avoir isolé avec des compresses la cavité péritonéale, on enfoncera le désenclaveur dans la partie la plus saillante de la tumeur, afin de pouvoir la manœuvrer facilement. On cherchera les annexes d'un côté ; à leur défaut, on se contentera d'une portion accessible d'un ligament large. Suivant le cas, on pratiquera comme plus haut, l'excision des annexes, ou au contraire, la section du ligament large entre deux pinces, et en suivant le bord de l'utérus. On imprimera alors, au moyen du désenclaveur, des mouvements à la masse et on cherchera à rendre accessible, soit les annexes, soit le ligament large de l'autre côté.

Si ces manœuvres restent inefficaces, on devra commencer aussitôt le *tracé* et la dissection de la collerette. On cherchera le sommet de la vessie, qui pourra être situé très haut sur la tumeur, et à 2 ou 3 centimètres au-dessus, ou même beaucoup plus haut ; si on prévoit que l'on aura une vaste surface pelvienne à recouvrir, on pratiquera une incision transversale, que l'on terminera d'un côté à l'endroit où aura été faite la section du ligament large. On détachera avec le doigt entouré d'une compresse ou, avec les ciseaux, ce lambeau antérieur, et on poursuivra cette dissection aussi bas que possible pour libérer complètement la vessie et les uretères. Sur le côté incisé, on décollera l'utérus du bord adhérent du ligament large.

A ce moment les manœuvres de désenclavement seront recommencées, toujours dans le but de rendre accessible le ligament large ou les annexes, ou en sectionnant le ligament large le long de l'utérus.

On pourra alors désenclaver complètement la tumeur et l'attirer hors du ventre.

La collerette sera complétée, en ménageant en arrière, si la surface dénudée après l'ablation de la masse doit être considérable, une sorte de lambeau plus ou moins grand, destiné à être rabattu vers celui de la face antérieure.

La collerette, une fois tracée tout autour et décollée en arrière, jusqu'au vagin, on continuera le décollement sur les côtés, de façon à découvrir et lier comme précédemment les artères utérines.

Dans certains cas, on aura affaire à des tumeurs, non seulement enclavées, mais encore en partie couchées dans le vagin. Il ne résulte de cette disposition aucune difficulté nouvelle pour l'opération. Le vagin sera même particulièrement facile à atteindre et à isoler.

3° **Tumeur incluse dans le ligament large.** — La seule difficulté consiste à faire le diagnostic de l'inclusion, lorsque le ventre est ouvert. On se guidera sur la situation des annexes, qu'on devra rechercher avec soin des deux côtés ; sur celle du fond de l'utérus; enfin on cherchera autant que possible à déterminer à quel ligament large on a affaire.

Le diagnostic établi, on pratiquera sur le grand axe de la tumeur une longue incision qui pénètrera d'emblée jusqu'à la tumeur: les bords de cette incision seront repérés et décollés de chaque côté. Lorsque la tumeur sera en partie dénudée, on enfoncera le désenclaveur dans la masse; on énucléera la tumeur avec les doigts recouverts d'une compresse de gaze, en s'aidant de tractions exercées sur le désenclaveur. Cette énucléation devra être poursuivie avec patience, en suivant exactement la masse à énucléer. Souvent ce ne sera qu'à ce moment qu'on pourra se rendre compte exactement de la situation de la tumeur et reconnaître le ligament large. On placera des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux sectionnés, puis on traitera le ligament large de l'autre côté comme à l'ordinaire, pour terminer enfin l'opération par l'ablation du col.

Quand la tumeur est enlevée, il existe d'un côté de la collerette un ligament large devenu énorme, dont les deux feuillets sont décollés : entre ces feuillets, quelques pinces ont été placées sur des vaisseaux. On pourra lier ces vaisseaux séparément ; ou mieux saisir en masse tout le ligament large dédoublé et le lier comme un pédicule ; on aura ainsi rétréci considérablement l'excavation restée béante dans le fond du bassin. Le ligament large de l'autre côté, puis la collerette, seront traités comme à l'ordinaire, de telle

sorte que lorsque le surjet sera terminé, l'excavation pelvienne sera close, et présentera absolument le même aspect que dans un cas ordinaire.

Pour tout fibrome nous sommes partisan du drainage abdominal, et loin de chercher à le supprimer, comme nous avons voulu le faire au début, nous le pratiquons toujours.

*
* *

B.— Procédés divers. — Il est difficile de reconnaître, parmi les nombreux procédés, l'idée directrice de chaque chirurgien. Pour les uns l'hémostase préventive est tout ; pour d'autres, elle n'est rien. D'autres enfin considèrent l'utérus comme une tumeur ordinaire, et la difficulté est de bien l'enlever.

Toutes ces considérations, très admissibles au début de l'application de la méthode, n'ont plus aujourd'hui leur raison d'être. L'hémostase, préventive ou non, n'est qu'un temps secondaire de l'opération. Les malades, opérées par des chirurgiens expérimentés, ne meurent presque jamais d'hémorrhagie. De même, le mode d'attaque de la tumeur, son extirpation plus ou moins rapide, n'offrent qu'une importance relative.

Il n'en est pas de même du *traitement du péritoine*, qui domine la scène, car les malades, qui succombent à la suite de l'opération, meurent la plupart du temps d'*infection péritonéale*. Ce sera donc la façon de *fermer le péritoine* pelvien qui nous guidera dans la classification des nombreux procédés que nous allons étudier.

C'est ainsi que nous distinguerons deux groupes. 1° Dans le premier, nous ferons rentrer tous les procédés dans lesquels le *péritoine pelvien est complètement suturé*, après l'ablation de la tumeur, de façon à isoler définitivement la cavité péritonéale du vagin infecté et des parties cruentées. 2° Dans le deuxième, seront tous les procédés qui laissent *ouvert le péritoine* pelvien, et se servent du vagin pour établir le drainage.

I. — Premier Groupe : **Suture du Péritoine.**

1° Procédé de Freund (1878) (Premier mode) (1). — La paroi abdominale est ouverte comme d'habitude. Les ligaments larges sont liés de chaque côté en trois pédicules distincts. Pour placer le dernier fil destiné à l'artère utérine, Freund emploie une sorte de trocart-aiguille (*Fig.* 110) destiné à faire passer le fil dans le vagin et au-dessous de l'artère utérine (*Fig.* 111). Ces fils, une fois noués, il dessine sur l'utérus un lambeau antérieur, commençant à 2 centimètres au-dessus de la vessie, et un lambeau postérieur remontant moins haut. Ces lambeaux sont disséqués jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. Le cul-de-sac vaginal postérieur est ouvert. Par l'ouverture ainsi créée, on attire le col de l'utérus; puis on le sépare du vagin circulairement. La pièce est enlevée; puis on attire par le vagin les anses des six pédicules, de façon à invaginer les ligaments larges entre la vessie et le rectum; ce qui remplacera l'utérus. Les ovaires sont ensuite enlevés, si la femme est jeune. Enfin, les deux lambeaux péritonéaux sont suturés l'un à l'autre, au-dessus du vagin.

Fig. 110. — Trocart à ponction de Kaltenbach.

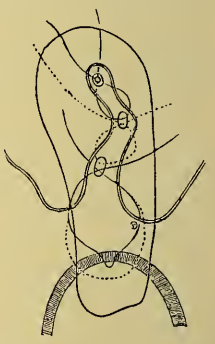

Fig. 111. — Extirpation totale de l'utérus, ou Opération de Freund. — Ligatures.

Modification. — Bardenheuer remplace les ligatures en masse par la ligature séparée des vaisseaux et il ne pratique la laparotomie qu'après avoir libéré le col et lié l'artère utérine par le vagin (Voir *Hyst. vagino-abdominale*).

2° Procédé de A. Reverdin (1892). — Ce qui caractérise ce procédé, c'est que l'auteur exerce des *tractions continues* sur la tumeur qu'il maintient soulevée. Ces tractions facilitent l'opération, en rapprochant le vagin du champ opératoire.

(1) Freund a depuis modifié son manuel opératoire et adopté la méthode de Bardenheuer. Il fait donc maintenant une hystérectomie vagino-abdominale.

Il saisit la tumeur avec une pince spéciale, munie à son extrémité

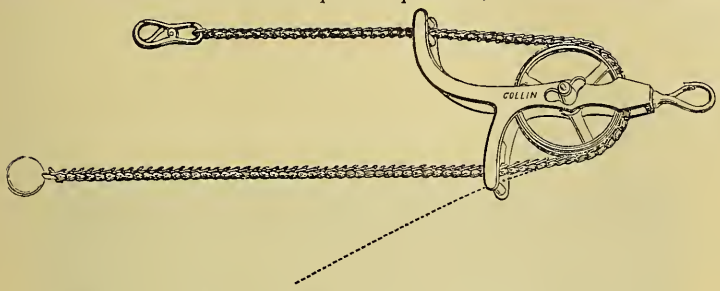

Fig. 112. — Appareil de Reverdin pour traction sur les gros utérus.

d'anneaux, à travers lesquels il passe une broche. On passe ensuite dans les anneaux de cette pince des crochets, qui terminent une chaînette mise en mouvement par des moufles (*Fig.* 112). On peut ainsi faire soulever la tumeur et la manœuvrer à l'aise (*Fig.* 113 et 114).

3° Procédé de Baldy (1893). — La tumeur est enlevée d'après le procédé de Polk; puis, l'hémostase terminée, il fait un surjet de catgut à points serrés pour fermer le vagin, et un deuxième surjet pour fermer complètement le péritoine. Il attache une grande importance à l'assè-

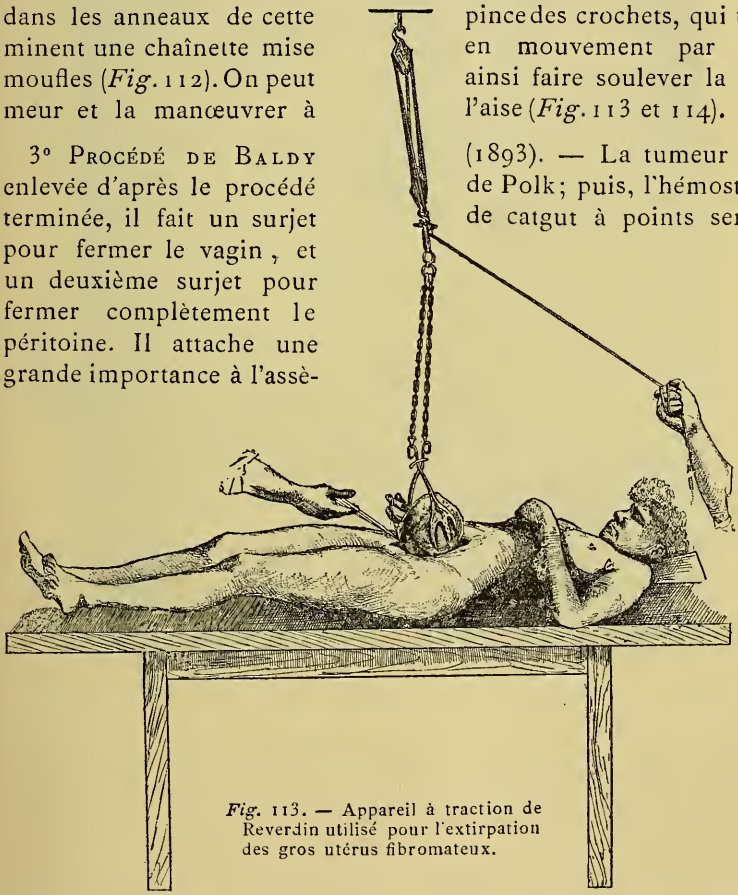

Fig. 113. — Appareil à traction de Reverdin utilisé pour l'extirpation des gros utérus fibromateux.

chement de la cavité péritonéale, qu'il referme sans faire de drainage.

4° Procédé de A. Martin (1896). — Ce chirurgien peut être considéré comme un des promoteurs de la méthode. Ses tentatives sont des premières en date, et, chaque fois qu'il a l'occasion de revenir sur la question, c'est en apportant des modifications importantes à sa technique, modifications toujours fondées sur les résultats de sa pratique journalière. Connaître les travaux de

Fig. 114. — Extirpation de l'utérus par la voie abdominale à l'aide de l'élévateur.

Martin sur l'hystérectomie totale, c'est s'éviter la plupart de ces dures leçons que l'expérience peut seule donner.

Nous allons rapporter ici la dernière description que Martin a donnée de sa technique. Pendant 24 heures, le vagin est tamponné avec de la gaze au sublimé. Avant l'opération, lavage du vagin à l'eau savonneuse, à l'alcool et au sublimé.

L'abdomen est ouvert et la tumeur attirée au dehors. Si elle est retenue dans le bassin, il la morcelle. Une fois attirée au dehors, il procède à la *ligature progressive* d'un ligament large d'un côté, en descendant jusqu'au niveau du col. Il procède de la même façon du côté opposé. Les ligatures sont placées en dehors des annexes ; puis une pince de Richelot est appliquée au delà des ligatures, pour les empêcher de glisser en tiraillant les parois ligaturées. Avec les ciseaux, il sépare les ovaires et les trompes d'avec la partie du ligament la plus voisine de l'utérus, en descendant jusqu'au col. Quand l'hémorrhagie est arrêtée, il renverse la tumeur sur le pubis (*Fig.* 115), puis réunit les surfaces de section des deux côtés, en passant sur la face postérieure du col utérin. Parfois il ouvre le cul-de-sac postérieur avec les ciseaux ; dans d'autres cas, il ouvre ce cul-de-sac au moyen d'une pince poussée dans le cul-de-sac postérieur du vagin et qu'il fait ressortir dans la cavité de Douglas. Il suture alors le bord postérieur du cul-de-sac vaginal avec le bord de la plaie péritonéale dans l'espace de Douglas, la partie inférieure du ligament large gauche avec le cul-de-sac gauche (*Fig.* 116). A ce moment il libère complètement le col et le retire du vagin. Puis il traite de même le côté droit. Le cul-de-sac antérieur est incisé et coupé à son tour, et la tumeur tombe. Le bassin est fermé complètement en suturant le péritoine à lui-même. Enfin la plaie abdominale est fermée.

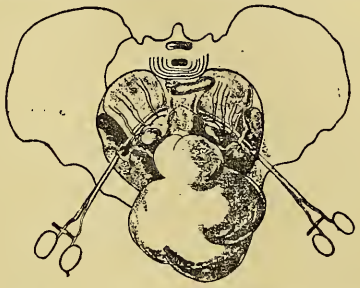

Fig. 115. — Extirpation totale de l'utérus (A. Martin). — Renversement de l'utérus en avant.

Fig. 116. — Extirpation totale de l'utérus (A. Martin).

Smyly (1895) emploie le procédé de Martin, premier mode.

5° Procédé de Chrobak (1891). — Le vagin est soigneusement désinfecté avec une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 100,

une mèche de gaze introduite dans le col, et le vagin tamponné.

Le ventre est ouvert et la tumeur attirée au dehors. Les ligaments infundibulo-pelviens et les ligaments larges sont liés de chaque côté de l'utérus. Puis le péritoine est sectionné transversalement à 2 travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin en avant et à la même hauteur en arrière. Les deux lambeaux ainsi circonscrits sont disséqués ; puis la vessie est libérée en avant, et le rectum en arrière, jusqu'à ce que le doigt arrive au cul-de-sac du vagin. Il applique alors un *lien élastique provisoire* et sectionne la masse de la tumeur. Il nettoie le col et le recouvre d'une compresse de gaze iodoformée.

Pour enlever le col et sectionner le vagin, juste au niveau de son insertion sur le col, afin de faciliter le traitement de la tranche vaginale, il emploie la sonde en T de Eastman (1). Cette sonde est introduite dans le vagin par un aide, de façon à tendre le cul-de-sac vaginal postérieur avec la barre transversale de l'instrument. Le vagin est ouvert en ce point, et l'incision est agrandie transversalement. La tranche vaginale est prise dans trois ou quatre sutures transversales.

Les deux ligaments larges sont liés avec un fil passé dans le vagin ; puis le col est sectionné sur les côtés, en laissant un peu de muscle utérin en dehors de la ligature pour l'empêcher de glisser. Enfin on ouvre le cul-de-sac antérieur et on suture la tranche vaginale. Tantôt il ferme le vagin en suturant la tranche vaginale antérieure à la tranche postérieure ; tantôt il se contente de l'obturer avec un tampon iodoformé. Enfin par-dessus le vagin, ainsi traité, il rabat ses deux lambeaux l'un sur l'autre et les suture en adossant les surfaces séreuses.

6° Procédé de Edebohls (1893). — Il désinfecte l'utérus par un curettage, tamponne le col utérin, puis le vagin.

Il se sert du plan incliné. La tumeur est attirée au dehors. A trois centimètres au-dessus de la vessie, il incise transversalement le péritoine de la face antérieure, en allant d'un ligament large à l'autre. En arrière il pratique la même incision; puis il décolle et dissèque les deux lambeaux.

Il lie de chaque côté les artères utérines, en passant un fil tout près du vagin, sans y pénétrer. Au-dessus de ce premier fil, il en place deux autres sur les ligaments larges. L'un embrasse le ligament rond et l'autre le ligament infundibulo-pelvien.

(1) Ce chirurgien, de passage à Vienne, montra sa sonde à Chrobak et lui en enseigna l'usage. Celui-ci l'a adopté depuis. — C'est donc à tort qu'on donne à cette sonde le nom de Chrobak (Communication écrite de Eastmann).

Le vagin est ensuite ouvert, sectionné de ses insertions au col, après avoir coupé les ligaments de l'utérus entre les ligatures et la tumeur.

Les lambeaux sont rabattus l'un vers l'autre et réunis par leur face séreuse.

7° Procédé de Le Bec (1895). — Il place d'abord une ligature en dehors des ovaires et à travers le ligament large, pour assurer l'hémostase de l'utéro-ovarienne. Le ligament large est sectionné dans sa partie liée. Il taille alors un lambeau antérieur, puis un postérieur, qu'il décolle jusqu'au vagin, sectionne la tumeur au-dessus d'un lien élastique, ouvre le vagin en avant et en arrière, sur une pince coudée introduite par la vulve, se sert de cette pince pour passer un fil prenant en anse les parties latérales qui renferment l'artère utérine. L'hémostase ainsi assurée, le pédicule est enlevé, en *laissant une portion du col* pour éviter le glissement des fils. Ces fils sont attirés dans le vagin. Enfin, le péritoine est suturé, en adossant les deux lambeaux. Il place enfin un drain dans le vagin.

8° Procédé de Doyen (1896). — Le ventre est ouvert comme d'habitude. La tumeur est tirée hors du ventre et rabattue vigou-

Fig. 117. — Valve de Doyen pour élargir le champ opératoire dans la position de Trendelenburg.

reusement sur le pubis, afin de rendre accessible le cul-de-sac de Douglas.

Avec une pince courbe introduite par la vulve, on perfore le cul-de-sac vaginal postérieur. La boutonnière ainsi créée est agrandie; le *col est saisi* (*Fig.* 118), *avec une pince érigne* spéciale (*Fig.* 120) et tiré en haut par l'ouverture (*Fig.* 119). On sectionne à droite et à gauche les attaches latérales du col, qui peut s'élever alors de quelques centimètres. On saisit la lèvre antérieure du col; puis on sectionne la muqueuse du cul-de-sac antérieur du vagin. Les tractions exercées sur le col le détachent de la vessie et des uretères (*Fig.* 121).

L'index gauche introduit dans l'abdomen vers le pubis, sous le ligament large droit, isole de l'utérus l'arcade artérielle utéro-ova-

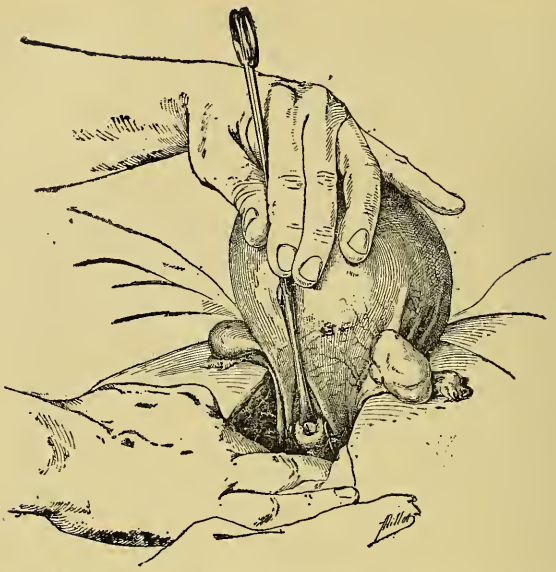

Fig. 118. — Hystérectomie abdominale totale (Procédé de Doyen). — La tumeur est attirée au-dessus du pubis. — Perforation du cul-de-sac vaginal postérieur et préhension du col.

Fig. 119. — Procédé de Doyen. — Arrachement du col qui se détache sans difficulté de la vessie, après section de ses attaches vaginales et juxta-vaginales latérales et antérieures.

rienne et le ligament est sectionné entre l'ovaire et l'utérus. La tumeur, rapidement attirée vers la gauche du côté de l'opérateur s'isole, en se déroulant en quelque sorte, de son enveloppe séreuse et le ligament large gauche est à son tour sectionné.

Fig. 120. — Erigne à glissière pour saisir le col par la voie abdominale.

La tumeur enlevée, l'*hémostase se fait à ciel ouvert*. Quatre ligatures suffisent d'habitude, y compris la ligature des pédicules tubo-ovariens, qui sont attirés, après résection des annexes, dans le vagin. (*Fig.* 122).

La tranche péritonéo-vaginale, qui saigne parfois un peu, est

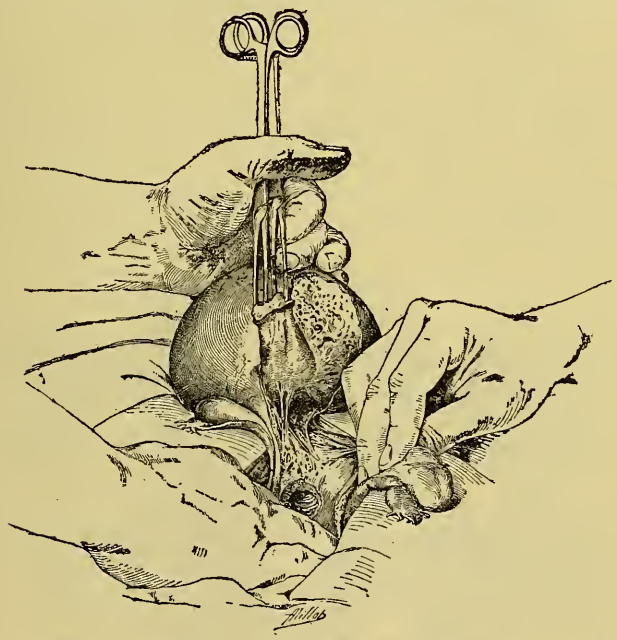

Fig. 121.— Procédé de Doyen.— Section entre les annexes et l'utérus, du premier ligament large, celui du côté droit, qui est maintenu, s'il y a lieu, pincé entre les doigts, et décortication sous-péritonéale de la tumeur par rotation vers la gauche. — Le quatrième temps sera la section du ligament large du côté de l'opérateur, c'est-à-dire le gauche.

réduite à une simple lèvre par une suture en surjet, et le péritoine est fermé par une double suture en bourse (*Fig.* 122).

Existe-t-il des adhérences multiples, des fibromes sous-périto-

néaux ou ligamentaires, rendant inaccessible le cul-de-sac postérieur du vagin, on les énuclée rapidement, après avoir incisé le

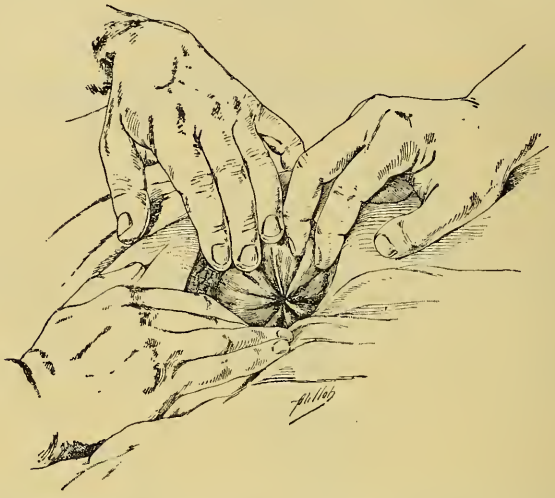

Fig. 122.— Aspect du péritoine pelvien après la fermeture en bourse de la séreuse. — Les ligatures des pédicules tubo-ovariens ont été attirées dans le vagin.

péritoine au-dessus d'eux, jusqu'à ce qu'on puisse perforer le cul-de-sac de Douglas.

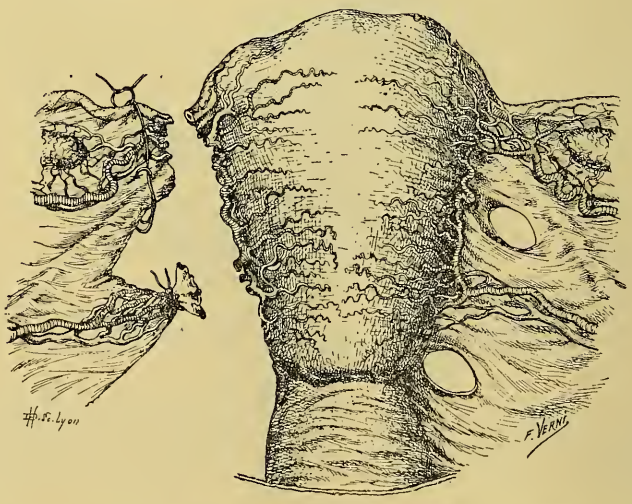

Fig. 123. — Figure schématique représentant à droite, la constitution des pédicules vasculaires et à gauche, leur ligature (Procédé de Goullioud).

9° Procédé de Goullioud (1896). — Ce chirurgien énuclée la

tumeur par le procédé à collerette de Delagénière ; mais, pour

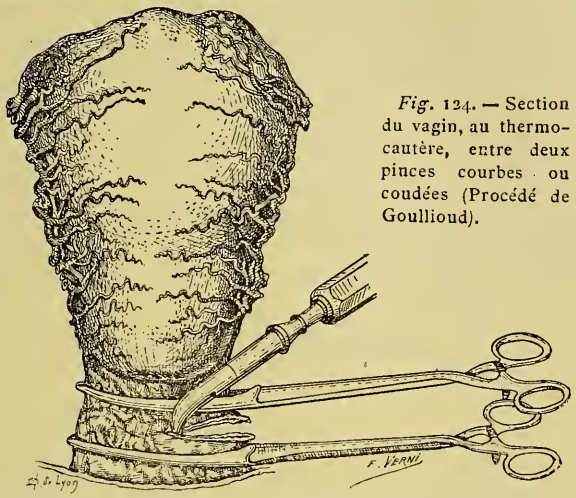

Fig. 124. — Section du vagin, au thermo-cautère, entre deux pinces courbes ou coudées (Procédé de Goullioud).

éviter l'infection de la cavité péritonéale par les liquides contenus

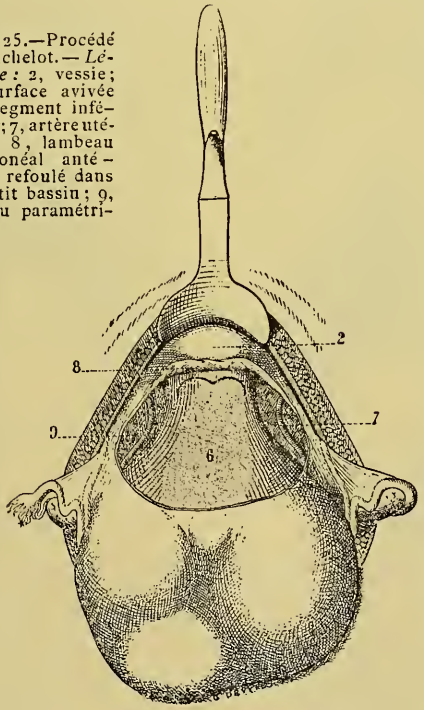

Fig. 125.—Procédé de Richelot. — *Légende :* 2, vessie; 6, surface avivée du segment inférieur; 7, artère utérine; 8, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin; 9, tissu paramétrique.

dans les culs-de-sac vaginaux, il isole complètement le col et

le vagin dans une certaine étendue : puis avant d'ouvrir le vagin, il place sur ce conduit, au-dessous du col, une *pince clamp coudée* à angle droit. Une *deuxième pince* semblable est placée un peu plus bas au-dessous de la première ; enfin on sectionne le vagin entre les deux pinces, avec le *thermo-cautère*. La tumeur se trouve donc enlevée sans ouverture du vagin (*Fig.* 123 et 124).

10° Procédé de Richelot (1897).— Le ventre ouvert et l'utérus renversé en arrière, il taille un lambeau sur la face antérieure de l'utérus, sépare la vessie du col, démasque et dénude les artères utérines (*Fig.* 125). Sectionnant ensuite les ligaments larges de

I. — Hystérectomie pour fibromes.

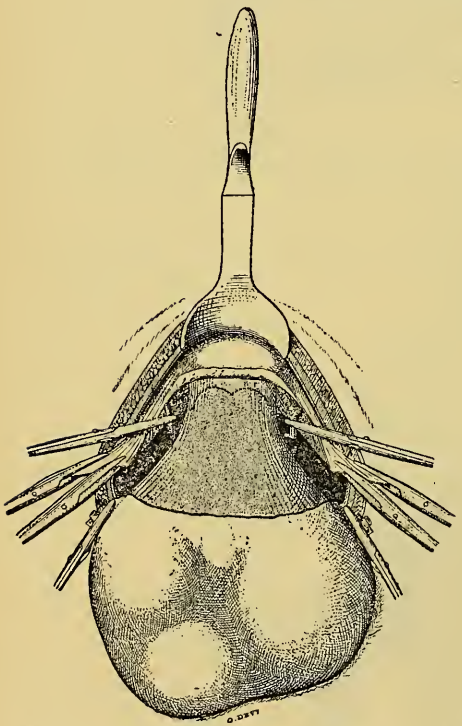

Fig. 126. — Procédé de Richelot.— Mise en place des pinces échelonnées de haut en bas, sur les ligaments larges.

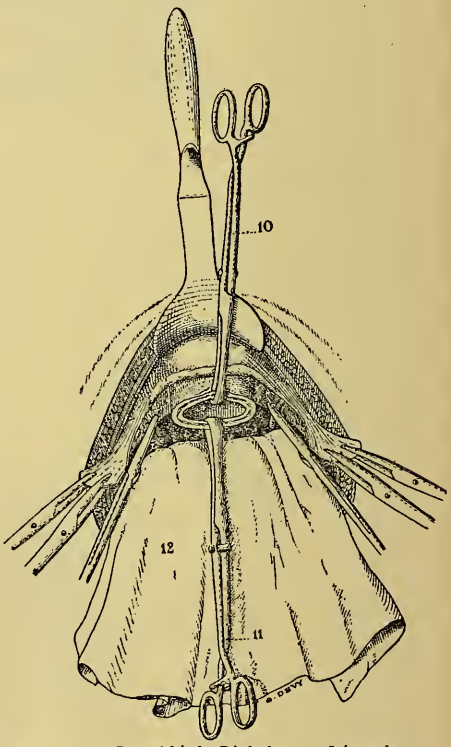

Fig. 127. — Procédé de Richelot. — *Légende* : 10, 11, pinces à traction saisissant la plaie vaginale ; 12, compresses protégeant l'intestin.

chaque côté, bien au ras de l'utérus et en dedans de pinces échelonnées, placées de haut en bas, il libère l'utérus sur les côtés, et le sépare ensuite du vagin, en sectionnant ce dernier près de son

insertion (*Fig.* 126). Il pratique ensuite des ligatures isolées sur les vaisseaux (*Fig.* 127), suture le vagin (*Fig.* 128), puis renverse le lambeau antérieur qu'il suture en arrière pour fermer le bassin (*Fig.* 129).

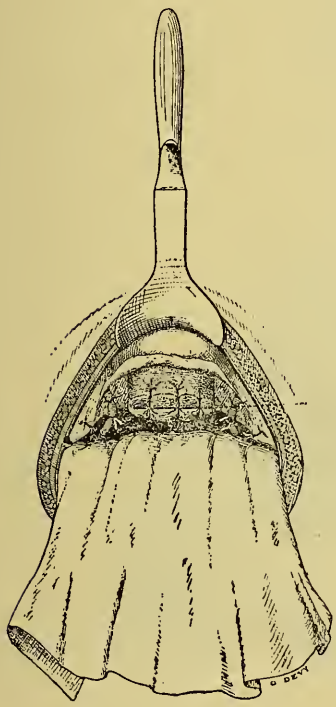

Fig. 128. — Procédé de Richelot.— Suture du vagin.

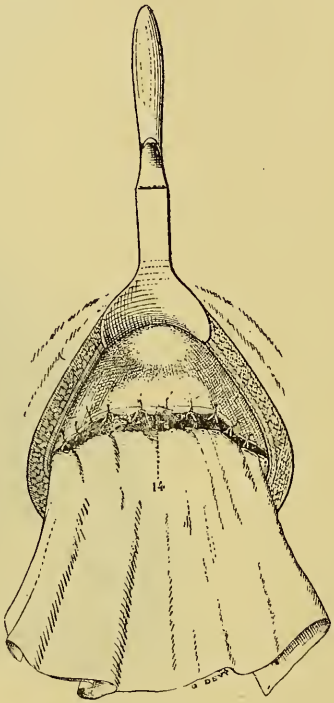

Fig. 129. — Suture séro-séreuse en croissant ou en fer à cheval. — Renversement en arrière du lambeau antérieur.

Dans les cas de *suppurations pelviennes*, après avoir taillé le lambeau antérieur, il place une pince sur chaque utérine (*Fig.* 130); il sectionne au jugé l'insertion vaginale sur le col, saisit ce dernier avec une pince (*Fig.* 131), le renverse en haut pour séparer les ligaments larges de bas en haut (*Fig.* 132), atteindre les poches purulentes, et les décortiquer, toujours de bas en haut.

II. — Hystérectomie pour suppurations pelviennes.

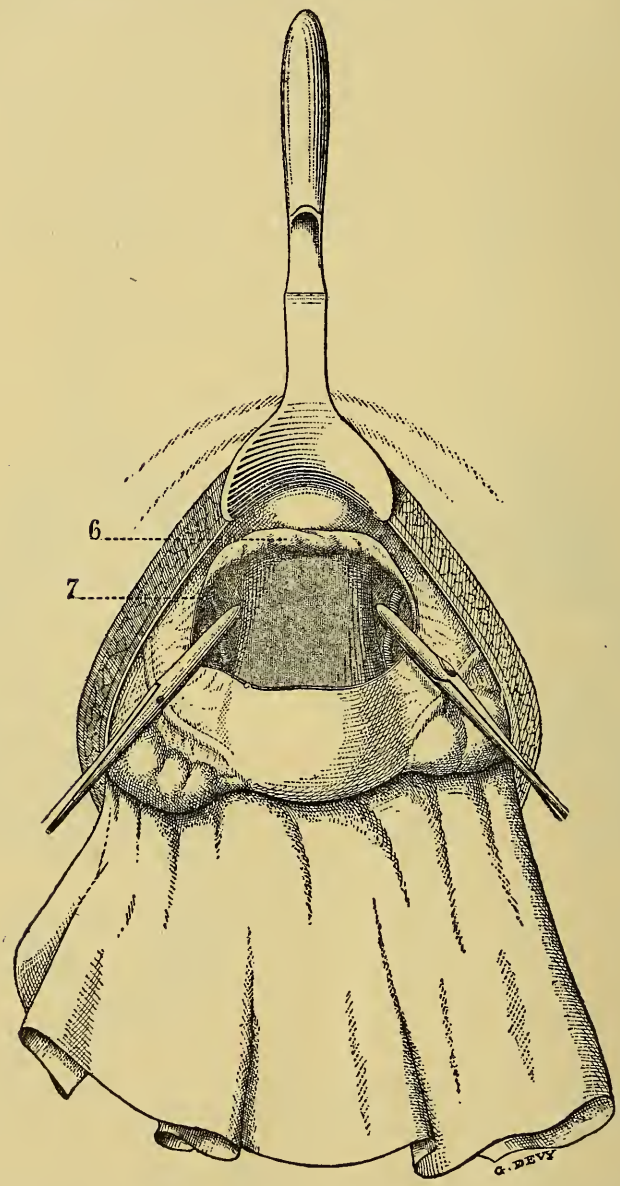

Fig. 130. — Procédé de Richelot. — *Légende :* 6, lambeau péritonéal antérieur refoulé dans le petit bassin; 7, artère utérine, vue par transparence dans le tissu paramétrique et saisie par une pince longuette.

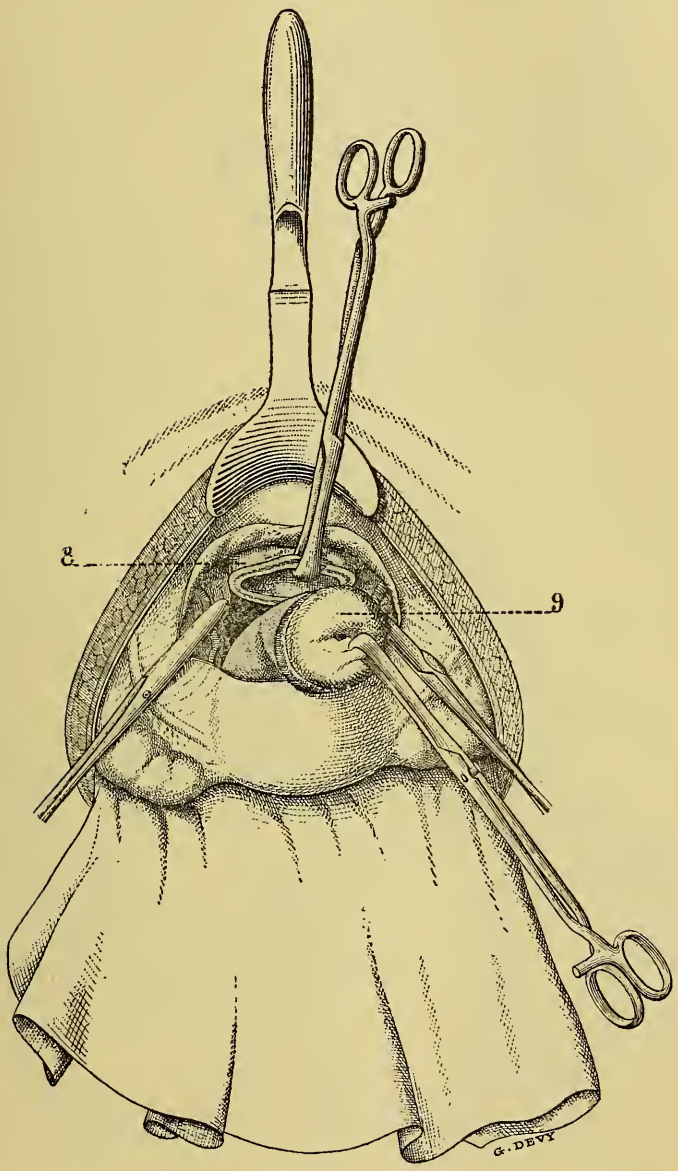

Fig. 131. — Procédé de Richelot. — *Légende :* 8, vagin séparé de l'utérus ; 9, col saisi après l'ouverture du cul-de-sac antérieur, fléchi et disséqué.

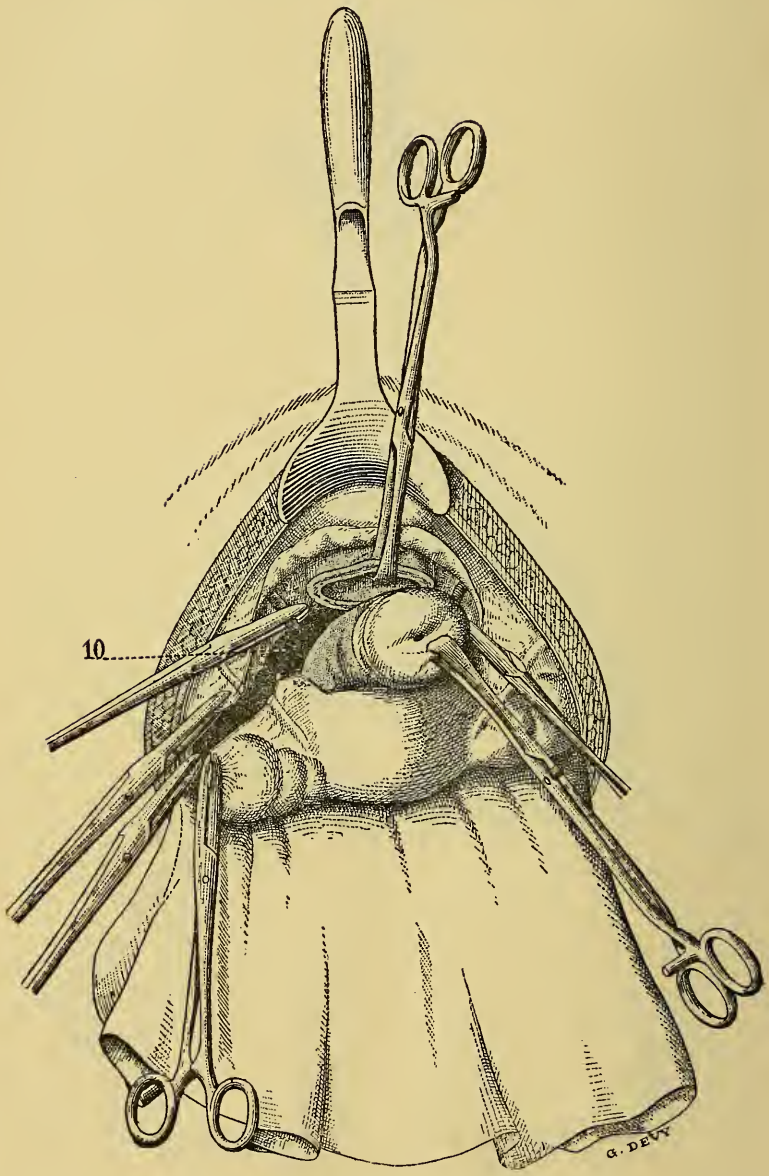

Fig. 132. — Procédé de Richelot. — *Légende :* 10, cavité pelvienne pendant l'énucléation des annexes de bas en haut.

11° Procédé de Hartmann (1897). — Très analogue au nôtre et à

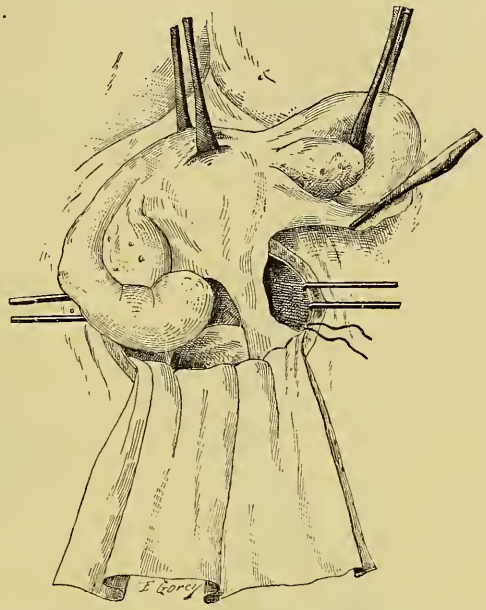

Fig. 133. — Procédé de Hartmann. — Les vaisseaux utéro-ovariens du côté droit sont liés; on voit émerger du ventre l'extrémité des fils de la ligature; la partie supéro-externe du ligament large est coupée entre la ligature et une pince de Kocher, en dehors des annexes qu'on attire en haut.

celui de Doyen. Hartmann sectionne les ligaments larges entre une

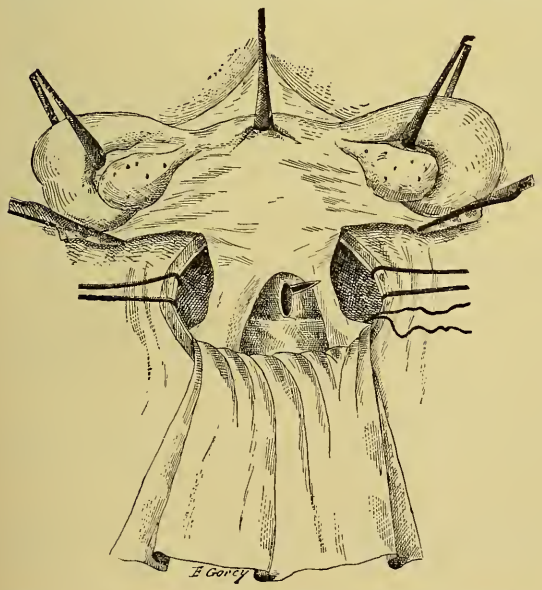

Fig 134. — Procédé de Hartmann. — Les deux ligaments larges sont coupés dans leur étage supérieur; les annexes et l'utérus sont fortement attirés en haut et en avant ; le cul-de-sac postérieur du vagin est ouvert sur la ligne médiane ; la désinsertion du col est commencée à droite.

ligature et une pince placée sous les annexes (*Fig.* 133). Il incise

ensuite transversalement le péritoine au-dessus de la vessie et décolle cet organe. Renversant alors l'utérus sur le pubis, il fait introduire par un aide une pince coudée sur champ dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Il ponctionne ce cul-de-sac sur le bout de la pince, en faisant une incision médiane ; puis de cette incision il en fait partir *deux latérales*, pour désinsérer le vagin de la face postérieure du col. Saisissant alors ce dernier avec une pince

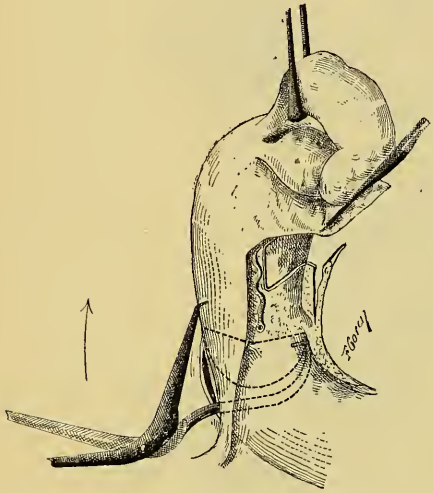

Fig. 135. — Procédé de Hartmann. — Vue latérale des parties; la partie externe du ligament large en dehors de la section est supprimée.

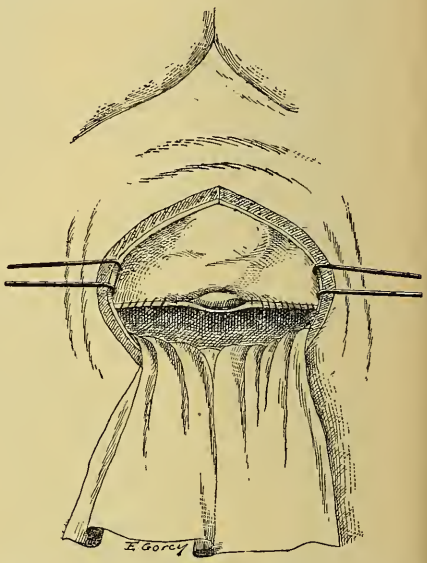

Fig. 136. — Procédé de Hartmann. — Etat des parties à la fin de l'opération. — Un surjet à droite et un à gauche ferment les ligaments larges; deux points de catgut rétrécissent l'orifice vaginal qui, resté entr'ouvert, laisse apparaître l'extrémité d'une mèche de gaze (1).

spéciale il rend le cul-de-sac vaginal accessible (*Fig.* 134). Il désinsère complètement le vagin. Cherchant l'artère utérine d'un côté, il en pratique la *ligature*, puis sectionne de ce même côté le reste du ligament large ; il cherche alors l'autre artère utérine, en pratique la ligature, puis enlève la pièce, en sectionnant ce qui reste de ligament large adhérent (*Fig.* 135).

Il ferme séparément le vagin, puis le péritoine, et draine, quand l'intervention a eu lieu pour des lésions septiques (*Fig.* 136).

12° Procédé de Bardenheuer (1897). — L'auteur a abandonné son procédé vagino-abdominal, du moins pour les affec-

(1) Tous ces clichés proviennent des *Annales de Gynécologie*.

tions septiques des annexes. Le ventre ouvert, il réunit le péritoine à la peau par quelques points de suture. Il fait une incision transversale au-dessus de la vessie, sur la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges ; décolle la vessie jusqu'au cul-de-sac vaginal ; ouvre le vagin et l'incise tout autour du col ; une suture continue réunit le vagin au feuillet péritonéal antérieur. Chemin faisant on lie les artères utéro-ovariennes contre la paroi pelvienne. L'utérus ne tient plus que par sa face postérieure qui fait corps avec les annexes suppurées ; on l'extirpe en le décollant de bas en haut. On suture le péritoine pelvien, si c'est possible, sinon on tamponne par le vagin, et au-dessus du tamponnement, on fait une sorte de dôme, de toit, en suturant le péritoine antérieur décollé, la séreuse pariétale du bassin au-dessus des surfaces dénudées, le méso-rectum, le méso-côlon et le méso-oméga, les appendices épiploïques. La seule règle à suivre est d'éviter les tiraillements de la vessie et du rectum, et de fermer complètement le bassin.

13° Procédé de Landau (1898).— Il ouvre, comme Doyen, d'emblée le cul-de-sac postérieur, saisit et attire le col, détache le vagin tout autour, décolle en avant la vessie de bas en haut, et ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur le plus haut possible. Saisissant un ligament large entre les doigts, il le sectionne de haut en bas le long de l'utérus, en lâchant un peu les doigts qui tiennent ce ligament. L'artère utérine donne un jet de sang ; on la saisit et on la lie. On lie de même l'artère utéro-ovarienne au niveau de l'isthme tubaire sectionné. Même manœuvre de l'autre côté. L'utérus enlevé, on n'enlève les annexes, que lorsqu'elles sont malades ; puis on suture les ligaments larges et, en un seul surjet, les feuillets péritonéaux et les deux tranches vaginales. Il n'y a donc pas de pédicule en opérant ainsi.

II. -- Deuxième Groupe : **Péritoine non fermé.**

1° Procédé de Polk (1892).— Le vagin est désinfecté avec le plus grand soin, ainsi que le col.

Le ventre est ouvert. La tumeur est laissée en place. Il commence en mettant une ligature en dehors de l'ovaire, puis une pince contre l'utérus, pour s'opposer au sang de retour. La partie supérieure du ligament large et le ligament rond sont pris dans une deuxième ligature. L'utérus est alors séparé de ses ligaments, jusqu'à la base du ligament large. Il l'attire alors facilement hors du ventre ; cherche ensuite l'artère utérine, qu'il isole de chaque côté et lie avec une aiguille à anévrysme.

Il fait les mêmes ligatures du côté opposé. Puis il trace une incision en raquette sur la tumeur, passant en avant transversalement à un travers de doigt au-dessus du repli utéro-vésical et descendant obliquement en arrière dans la cavité de Douglas. Les tissus ainsi sectionnés sont isolés, puis le vagin est ouvert et sectionné au ras du col. Les parties saignantes sont ligaturées ; puis il passe quatre sutures au catgut : L'une antérieure, réunissant le péritoine, qui recouvrait la partie extérieure de la tumeur, à la paroi antérieure du vagin; une postérieure, réunissant le péritoine de la cavité de Douglas à la paroi postérieure du vagin ; enfin deux ligatures latérales, unissant le péritoine aux parois latérales du vagin.

Les fils de ces quatre sutures sont réunis, puis refoulés dans le vagin, où l'aide les saisit avec une pince. Une traction exercée sur ces fils invagine le péritoine en l'accolant à lui-même.

Le vagin est tamponné avec de la gaze iodoformée, qu'on place en tampon extra péritonéal, ou que l'on insinue entre les replis péritonéaux invaginés, s'il y a eu des manœuvres prolongées du côté du ventre. Dans ce dernier cas, Polk pratique encore le drainage abdominal avec un tube en verre.

2° Procédé de Bowreman Jessett. — Très analogue à celui de Polk. Cet auteur a fait construire une sorte de spéculum bivalve, destiné à faciliter l'ouverture des culs-de-sac vaginaux.

3° Procédé de Guermonprez (1891). — La tumeur étant attirée hors du ventre, il sectionne de chaque côté les ligaments larges entre deux pinces placées le long de l'utérus, en dedans des annexes, en s'arrêtant à peu de distance des artères utérines. Il sectionne alors transversalement le péritoine vésico-utérin et décolle avec le doigt la vessie de l'utérus. Il s'arrête seulement, lorsqu'il sent la lèvre antérieure du col. Ayant alors le vagin sous le doigt, il y pratique une petite ouverture, passe dans cette ouverture une forte sonde cannelée recourbée qu'il dirige en arrière dans le cul-de-sac postérieur du vagin, qu'il traverse ainsi que le cul-de-sac de Douglas. Il agrandit ces deux orifices pour y passer deux pinces clamp, destinées à faire l'hémostase provisoire de chaque côté du pédicule. Une section des tissus est alors faite sur le bord interne des deux pinces et la tumeur est enlevée.

L'hémostase est faite en liant directement les vaisseaux qui donnent, puis de chaque côté on excise les annexes comme d'habitude. On pratique un tamponnement du fond de la cavité pelvienne, qu'on laisse en communication avec le vagin; puis on referme le

ventre. Cette méthode a été appliquée à l'ablation de fibro-myomes, et dans un cas d'utérus gravide (1895).

Lannelongue (de Bordeaux) a employé ce procédé en 1895 et s'en montre partisan.

4° Procédé de Lennander (1893). — Emploie la position déclive à 45° et enlève la tumeur de la même façon que Chrobak. Mais au lieu d'établir comme règle la fermeture complète du péritoine pelvien il établit un drainage par le vagin, surtout quand le lambeau péritonéal postérieur est trop petit ou déchiré.

5° Procédé de Largeau (1893). — Largeau enlève la tumeur, en sectionnant de chaque côté de l'utérus les ligaments larges, entre des ligatures étagées. Il taille un lambeau antérieur plus grand, et un postérieur plus petit ; décolle jusqu'au vagin, qu'il ouvre en avant et en arrière, puis place des pinces sur les côtés, pour faire l'hémostase provisoire des artères utérines. La tumeur enlevée, il pratique l'hémostase définitive, puis il suture incomplétement le péritoine pelvien, dans le but d'établir un drainage vaginal à la gaze iodoformée. Il draine, malgré cela encore, la cavité abdominale.

6° Procédé de W. R. Pryor (1894). — Ce procédé vise surtout l'hystérectomie pour tumeurs intraligamentaires. Il sectionne le ligament large libre entre deux ligatures, puis ouvre le vagin en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas. Passant en avant, il décolle la vessie et ouvre le vagin en avant du col, avec une aiguille de Deschamps passée d'arrière en avant par les ouvertures faites au vagin, place deux ligatures sur l'artère utérine et la coupe entre les deux ; il libère complètement le col du vagin; renverse l'utérus du côté de la tumeur intraligamentaire, va rechercher l'utérine de ce côté et la lie. Le col est ensuite complètement isolé ; puis la tumeur énucléée hors du ligament, dont l'extrémité libre est enfin liée et sectionnée. On entasse de la gaze iodoformée dans le vagin et le petit bassin.

7° Procédé de Péan-Delaunay (1894). — La tumeur est embrochée avec la forte aiguille courbe de Péan, puis attirée hors du ventre. Les ligaments larges sont sectionnés entre deux pinces; un lien élastique est placé sur le pédicule, puis la tumeur sectionnée au-dessus. La vessie est décollée de la face antérieure du pédicule, puis le cul-de-sac vaginal antérieur ouvert par une pince introduite dans le vagin. Par la boutonnière, une pince hémostatique saisit la tranche vaginale, qui est sectionnée dans la longueur de la pince. Une deuxième, puis toute une série de pinces sont placées

de proche en proche et la section est effectuée tout autour. Les pinces sont remplacées par un surjet à la soie. Le vagin et le péritoine restent ouverts. Un drain est placé dans le vagin et un drainage de Mikulicz installé dans la cavité pelvienne.

8° Procédé de Ricard (1895). — Après avoir lié les ligaments larges de chaque côté, il décolle le péritoine en avant et en arrière, refoule la vessie, ouvre un des culs-de-sac vaginaux sur une pince introduite par le vagin; puis il excise la tumeur, en plaçant des pinces sur les parties qui saignent. Il draine par le vagin.

9° Procédé de Schwartz (1895). — Après désinfection rigoureuse du vagin, une pince est placée sur le col de l'utérus, lorsqu'il est accessible, et le ferme. Cette pince permet de repousser le col vers

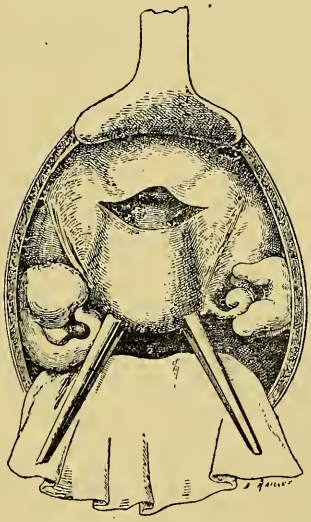

Fig. 137. — Procédé de J.-L. Faure. — Le fond de l'utérus est saisi avec deux pinces. — Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert et la vessie repoussée en bas.

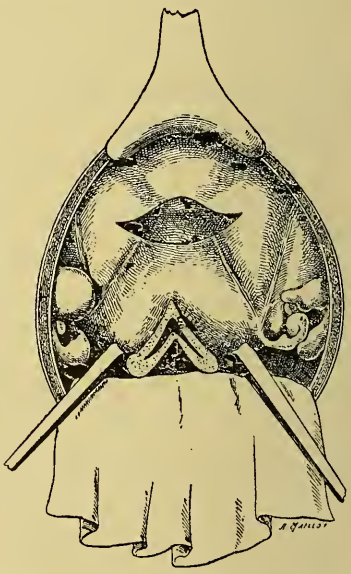

Fig. 138. — Procédé de J.-L. Faure. — Le premier coup de ciseaux est donné. — Le fond de l'utérus est divisé en deux moitiés par la section médiane.

la cavité abdominale. Le ventre est ouvert, les ligaments larges liés de chaque côté, la vessie disséquée, puis une ligature élastique provisoire est appliquée sur le col, et la tumeur est enlevée.

Le cul-de-sac antérieur, puis le postérieur, sont ouverts sur le doigt ou sur une pince; puis les parties latérales qui sont adhérentes encore, sont sectionnées petit à petit et les vaisseaux repérés

et liés au fur et à mesure de leur section. Le pédicule est ensuite enlevé ; enfin un drainage vaginal est établi avec une mèche de gaze iodoformée.

10° Procédé de J. L. Faure (1897).— Ce procédé s'applique surtout aux utérus petits, quand il y a des annexites suppurées concomitantes.

Le ventre ouvert, le fond de l'utérus est saisi avec deux pinces,

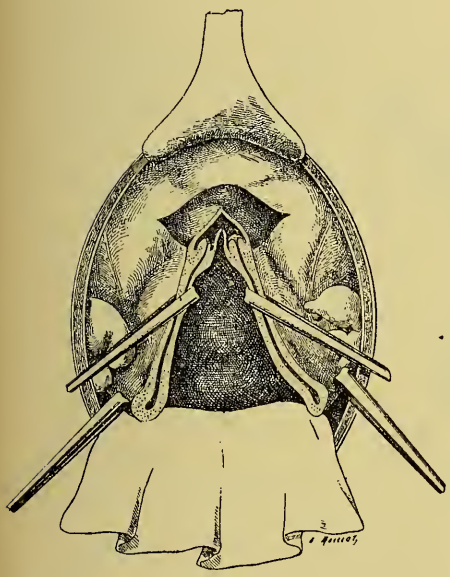

Fig. 139. — Procédé de J.-L. Faure. — La section médiane est complète. — Des pinces tiennent les tranches utérines. — Le col apparaît coupé en deux dans le vagin qui est ouvert. — L'écartement des deux moitiés utérines laisse voir dans le fond le rectum.

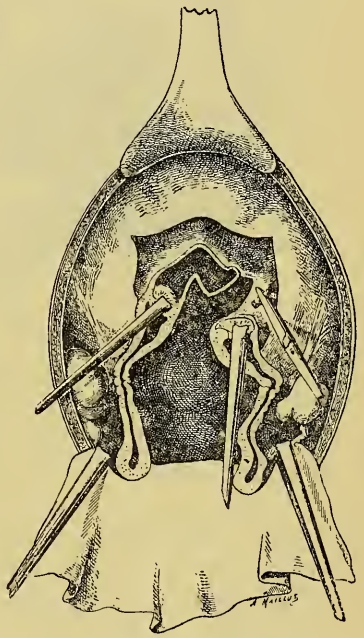

Fig. 140.— Procédé de J.-L. Faure.— Les deux moignons cervicaux ont été saisis avec une pince. — A droite, le col a été attiré en haut après section du vagin. — L'artère utérine est sectionnée. — L'utérus commence à se dérouler de bas en haut.

puis le cul-de-sac vésico-utérin est ouvert transversalement et la vessie refoulée en bas (*Fig.* 137). On pratique alors entre les deux pinces une *section médiane allant du fond vers le col* (*Fig.* 138) et 139). Les culs-de-sac vaginaux antérieur et postérieur se trouvent donc ouverts ; on enlève alors chaque moitié de l'utérus de bas en haut, en amarrant le col, sectionnant le vagin, puis l'artère utérine (*Fig.* 140 et 141). Les poches purulentes sont enlevées de

chaque côté, en même temps que la moitié correspondante de l'utérus, et on termine en drainant le vagin.

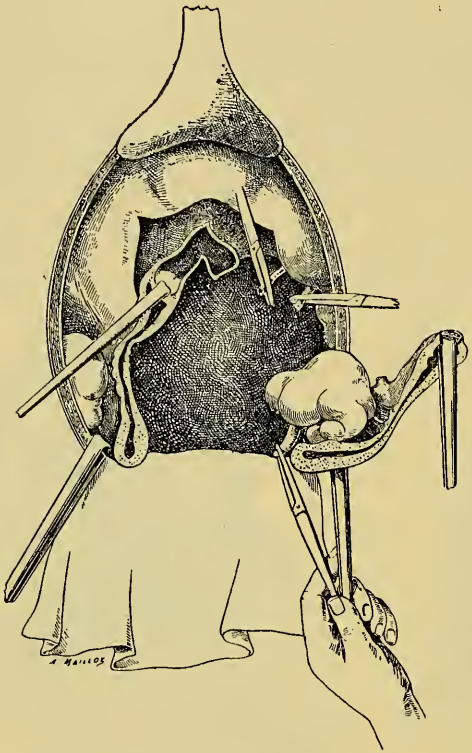

Fig. 141. — Procédé de J.-L. Faure.— Après section du ligament rond, la moitié utérine et les annexes correspondantes sont complètement renversées. — Le tout ne tient plus que par les vaisseaux utéro-ovariens qu'une pince a déjà saisis (1).

Suites. — L'hystérectomie abdominale totale rentre dans la catégorie des laparotomies avec drainage du péritoine. Les suites, quand elles seront normales, ne présenteront rien de bien particulier. Le drainage sera supprimé au bout de 48 heures, le tampon vaginal le jour suivant. Le huitième jour, les sutures abdominales seront enlevées et la malade pourra être considérée comme guérie.

Mais l'opération ne présentera pas toujours, dans son exécution, ni dans ses suites, une régularité aussi parfaite et le chirurgien devra se tenir en garde contre toutes les variétés d'accidents.

Accidents. — 1° *Au cours de l'opération*, on devra éviter avec soin toute perte de sang inutile, les malades étant très souvent ané-

(1) D'après les Figures de la *Presse Médicale*.

miées par des *hémorragies*. Une hémorrhagie grave sera toujours facile à éviter, en se conformant aux préceptes de notre technique. On ne devra jamais perdre de vue que la circulation de la tumeur est assurée par quatre sources artérielles seulement, dont les deux supérieures seront faciles à surveiller. Pour les artères utérines, on devra agir avec patience et placer une ou plusieurs pinces hémostatiques sur le tronc même du vaisseau. Nous ne saurions trop insister sur l'utilité d'isoler le col et le segment inférieur de la tumeur, avec le doigt recouvert d'une compresse de gaze. L'artère utérine se trouve ainsi parfaitement dénudée, et rendue très visible. Le sang de retour gênera l'opérateur, en inondant le champ opératoire; il pourra aussi faire croire à une perte de sang réelle et nuire à l'exécution méthodique de l'opération. Nous sommes donc d'avis d'empêcher l'écoulement du sang de retour, en appliquant des pinces clamp très puissantes sur le bord de l'utérus.

La blessure de la *vessie* et des *uretères* a préoccupé beaucoup de chirurgiens. Kelly a été jusqu'à proposer de pratiquer le cathétérisme des uretères, pour être certain de les reconnaître et de les éviter. Nous croyons cette mesure exagérée et pensons que l'accident sera évité, en prenant les précautions que nous avons indiquées: décoller la vessie et la refouler en bas ; attirer fortement la tumeur en haut et la décortiquer, toujours avec le doigt recouvert d'une compresse de gaze, en suivant exactement le tissu utérin.

La blessure du *rectum* sera à craindre, dans les cas de castrations abdominales totales, faites pour vieilles suppurations annexielles, et pour les cas de fibromes inclus dans le ligament large gauche. On devra toujours avoir cet accident présent à l'esprit, afin de bien vérifier l'intestin avant de terminer l'opération.

2° *Après l'opération*, les opérées seront exposées aux mêmes complications que dans les autres laparotomies. L'*infection* sera la plus redoutable de toutes; et elle sera d'autant plus à craindre que l'opération, par sa longueur et sa minutie, expose davantage aux fautes d'asepsie. Nous avons suffisamment insisté sur les précautions à prendre.

Le *choc opératoire* ne présente ici aucune particularité. On doit le prévenir, quand on opère une malade épuisée, en lui faisant, pendant toute la durée de l'opération, des injections de sérum artificiel. Nous avons ainsi pu, dans plusieurs cas, mener à bien des opérations pratiquées sur des malades exsangues. L'injection de sérum, pour être efficace dans ces cas extrêmes, doit dépasser un litre pendant la

durée de l'opération. En agissant ainsi, le choc a toujours été insignifiant.

L'*urémie* est une complication redoutable chez les albuminuriques, même lorsqu'après une longue préparation, elles ne présentent plus d'albumine au moment de l'opération. On devra examiner les urines toutes les six heures après l'opération, et dès la réapparition de l'albumine, agir énergiquement pour éviter la crise, d'urémie.

Il nous reste à parler d'une complication terrible contre laquelle nous paraissons désarmés : il s'agit de l'*embolie pulmonaire*.

Les malades atteintes de gros fibro-myomes avec compression veineuse, y semblent prédisposées. Ces malades ont parfois de la phlébite, et l'embolie pulmonaire n'est que la conséquence de cette complication ; mais certaines malades cachectiques, sans thrombose veineuse apparente, meurent brusquement sans cause appréciable, succombant à une embolie pulmonaire. Nous avons ainsi perdu deux malades, l'une le 25e jour après l'opération, l'autre le 2e jour, sans qu'elles aient, l'une ou l'autre, présenté le moindre signe d'infection.

Indications. — L'hystérectomie abdominale totale peut être pratiquée pour des *tumeurs fibreuses* de l'utérus, pour des *tumeurs malignes* et pour des *suppurations pelviennes*.

1° **Tumeurs fibreuses.** — L'hystérectomie abdominale totale constitue l'opération de choix, lorsque la femme a atteint 40 ans. Avant cet *âge*, on devra toujours recourir d'abord aux opérations conservatrices, telles que la ligature des artères utérines, et les diverses myomotomies. Si la tumeur ne dépasse pas le *volume* du poing, l'hystérectomie vaginale peut être mise en parallèle avec l'hystérectomie abdominale totale ou l'hystérectomie supra-vaginale; mais nous ne la croyons jamais supérieure.

2° **Tumeurs malignes.** — Quelles que soient leurs dimensions et leurs variétés, elles relèvent *toutes*, sans exception, de la méthode abdominale totale, qui permet *seule* l'ablation méthodique des ganglions et du tissu cellulaire péri-utérin et intra-ligamentaire.

Dans le cancer du col, la méthode vagino-abdominale doit être préférée; mais, dans aucun cas, on ne doit pratiquer l'hystérectomie vaginale, qui n'est qu'une méthode palliative.

3° **Affections septiques de l'utérus et des annexes.** — Dans ces cas l'utérus ne doit être enlevé que s'il est *malade* (métrite chronique,

abcès dans le parenchyme, etc.), ou si les *ligaments larges* sont atteints de *phlegmon chronique*.

L'hystérectomie abdominale totale se trouvera donc souvent indiquée au cours d'une opération commencée pour une simple ablation d'annexes; elle sera alors une opération complémentaire.

Elle sera une opération de propos délibéré pour les vastes pyosalpinx, pour les cas de doubles *annexites*, avec ou sans lésions de l'appendice. En somme, ses indications se confondent avec celles de la voie abdominale.

La voie vaginale ne trouve ses indications spéciales que dans les cas d'abcès bombant dans le vagin (colpotomie), et dans les cas de vieilles suppurations avec exsudats plastiques (Opération de Péan).

Les opérations rivales de la castration abdominale totale pour lésions septiques ne sont donc pas aujourd'hui l'hystérectomie vaginale, et la salpingo-oophorectomie vaginale, mais la salpingo-oophorectomie abdominale sans pédicule, et l'hystérectomie supra-vaginale de Kelly.

CHAPITRE X.

618.14.81.72
HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE.

Définition. — On donne ce nom à l'extirpation totale de l'utérus par les voies abdominale et vaginale combinées, en commançant par la voie abdominale.

Historique. — Cette opération a été pratiquée par Péan, en France, et par A. Martin, en Allemagne. Mais c'est à Péan que revient l'honneur d'avoir réglé l'opération. Martin a renoncé à la méthode abdomino-vaginale, pour adopter la méthode abdominale simple.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir une hystérectomie vaginale et une laparotomie. Elle sera complètement rasée, son ventre et sa vulve bien savonnés, le vagin complètement aseptisé.

Il faudra les mêmes *instruments* que pour l'hystérectomie vaginale ; on y ajoutera une douzaine de pinces hémostatiques et un désenclaveur

Deux aides seront utiles, mais un seul aide suffira.

A. Manuel opératoire typique.— La malade sera anesthésiée, à l'éther de préférence, et placée sur un plan incliné. Le ventre sera incisé sur la ligne médiane jusque sur le pubis. La tumeur sera désenclavée et attirée au dehors, et inclinée d'un côté, pour rendre les annexes du côté opposé accessibles. Une pince sera placée sous les annexes jusqu'au bord de l'utérus, pour empêcher le sang de retour; puis le ligament large sera sectionné sous la pince, à petits coups, afin de repérer, avec des pinces hémostatiques, les vaisseaux béants. Cette section sera prolongée jusqu'au bord de l'utérus. On verra alors les feuillets du ligament large séparés l'un de l'autre. En introduisant l'index dans l'espace laissé entre ces deux feuillets et en suivant le col utérin, sur le côté et un peu en avant, on sent bientôt l'artère utérine. On sectionne alors le péritoine transversalement au-dessus de la vessie et on le dé-

colle rapidement de la face antérieure du col. Une section semblable est faite transversalement en arrière, mais beaucoup plus bas que l'incision antérieure. On amorce aussi en arrière le décollement, mais sans se préoccuper du vagin.

Inclinant alors l'utérus sur le côté opposé, on traite les annexes de l'autre côté de la même façon, en s'arrêtant quand on aura trouvé l'artère utérine.

A ce moment, le désenclavement de la tumeur sera facile à compléter et on exercera une forte traction, dans le but de rendre plus accessible la région des artères utérines. Chacune de ces artères sera liée séparément, et aussi bas que possible, avec une forte soie. Après cette ligature, on sectionnera le col utérin un peu au-dessus, et on enlèvera la tumeur. Si le moignon utérin saigne, on le transfixera avec une soie double très forte, qu'on liera de chaque côté.

On fera l'hémostase des vaisseaux suturés lors de la section des ligaments larges; en général, trois ligatures de chaque côté suffisent : l'une sur l'artère utéro-ovarienne, l'une sur une artériole du ligament rond, enfin une dernière sur une artériole saignant avant la ligature de l'utérine, mais ne saignant plus quand cette artère est liée. Cette troisième ligature peut donc être superflue.

On procèdera à un nettoyage minutieux de la cavité de Douglas; on suturera au moyen d'un surjet, les deux feuillets des ligaments larges à droite et à gauche, en arrêtant la suture au niveau du col amputé. La surface de section de ce dernier sera touchée avec une solution antiseptique, puis la paroi abdominale sera refermée, comme dans toute laparotomie, à trois plans.

On place alors la malade dans la position de la taille ; on découvre le col avec les écarteurs vaginaux. Avec un bistouri, on incise circulairement le vagin autour du col. Avec le doigt, on pénètre très rapidement dans le cul-de-sac de Douglas en arrière, et dans le cul-de-sac vésico-utérin en avant. Sur les côtés, le col tient encore par des tissus qui contiennent le tronc lié de l'artère utérine. Afin de ne pas risquer de sectionner cette artère au-dessus de sa ligature, on place une pince longuette de chaque côté du col; on sectionne entre le col et la pince. Le col se trouve alors détaché et enlevé. Entre ces deux pinces, qu'on laisse à demeure, on introduit une compresse de gaze aseptique qui vient tenir la place du col et qu'on fait affleurer, d'une part la séreuse péritonéale, et d'autre part la muqueuse vaginale. Ce tampon profond restera en place pendant quatre à six jours.

Par-dessus on fera un tamponnement modéré du vagin. On placera une sonde à demeure, et la malade sera placée dans son

lit, où elle sera soignée comme si elle avait subi l'hystérectomie vaginale. Les pinces seront enlevées au bout de 48 heures; le 1er tamponnement changé, à l'exception du tampon du fond, tous les deux jours; le 6e jour, suppression de tout tamponnement et injection vaginale ; le 8e jour, ablation des fils de la paroi abdominale.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de Péan. — *a*) *Temps abdominal.* — L'abdomen est ouvert et l'utérus libéré de ses adhérences et attiré au dehors, comme pour pratiquer une hystérectomie supra-vaginale. Péan emploie pour cette manœuvre un gros trocart courbe, à manche, au moyen duquel il transfixe la tumeur. Celle-ci étant fortement soulevée hors du ventre, on place aussi bas que possible, sur le col, un lien élastique, dont les deux extrémités sont maintenues au moyen d'une forte pince. On ampute alors la tumeur à quelques centimètres au-dessus du lien élastique. Immédiatement au-dessus du ligament élastique, on transfixe le pédicule d'avant en arrière, avec un double fil métallique que l'on passe avec une aiguille tubulée spéciale, et on étreint chaque moitié du fil, à droite et à gauche, avec le serre-nœud. On supprime le lien élastique, on désinfecte la surface de section du pédicule, puis on referme le ventre, dans les trois quarts supérieurs de l'incision seulement, afin de permettre d'intervenir rapidement par le ventre, en cas d'hémorrhagie, pendant l'ablation du pédicule par le vagin.

b) *Temps vaginal.* — La malade est placée dans la position de Sims et on procède à l'ablation vaginale du pédicule, en suivant les mêmes règles que pour l'hystérectomie vaginale. On prendra garde au fil métallique pendant l'isolement. Quand le pédicule est petit et mobile, on le fait basculer en avant, pour pincer les ligaments larges de haut en bas. Quand il est volumineux, on l'enlève par morcellement, en plaçant des pinces de bas en haut, toujours pour assurer l'hémostase provisoire. On termine, en faisant le pansement vaginal et en fermant le quart inférieur de l'ouverture abdominale.

2° Procédé de A. Martin (Aujourd'hui abandonné par l'auteur). — Le ventre ouvert, l'auteur pratiquait l'amputation sus-vaginale de l'utérus au-dessus d'un lien élastique provisoire.

Un assistant procédait alors au temps vaginal de l'opération, saisissait le col, l'abaissait et l'isolait du vagin et de la vessie, comme pour une hystérectomie vaginale.

L'opération était enfin terminée par l'abdomen.

3° Procédé de Doyen (1892).— *a) Temps abdominal.*— Le ventre ouvert, la tumeur est rabattue sur le pubis (*Fig.* 142); puis le péritoine est incisé verticalement, depuis le cul-de-sac de Douglas jusque sur la partie la plus saillante de la tumeur (*Fig.* 143). Une pince courbe est introduite dans le vagin, pour rendre le cul-de-sac postérieur accessible. Ce cul-de-sac est alors incisé : ce dont on se rend compte avec le doigt.

Le péritoine est alors séparé de la tumeur, la section étant faite

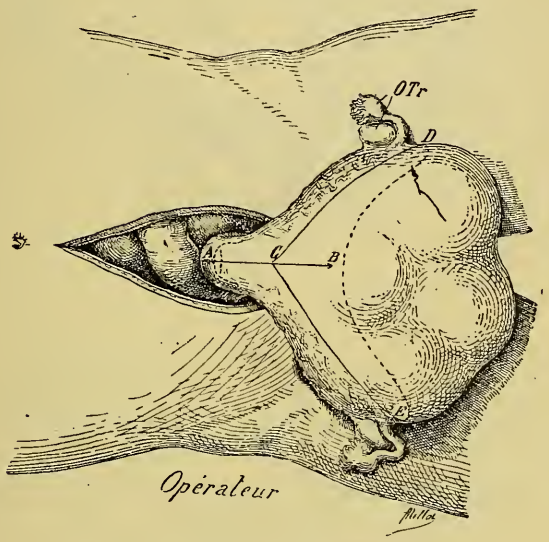

Fig. 142.— Hystérectomie abdomino-vaginale par le procédé de E. Doyen. — La femme est couchée sur le dos, l'opérateur à sa droite. (2e et 3e temps de l'opération). La tumeur est attirée au dehors et rabattue sur le pubis.— Section longitudinale de sa face postérieure, ouvrant le cul-de-sac postérieur du vagin et découvrant le col. — *Légende : A, B,* incision du cul-de-sac vaginal ; *C, D, E,* incision du péritoine circonscrivant, à la surface de la tumeur, les annexes et les pédicules vasculaires correspondants ; *O, Tr,* ovaires et trompes.

en forme de raquette, en partant de l'incision postérieure, passant latéralement au-dessus des annexes et, en avant, bien au-dessus de la vessie. Un ligament large est détaché, en rasant l'utérus, de façon à laisser dans son épaisseur l'arcade artérielle. L'hémostase se trouve suffisamment assurée par une ligature placée au-dessous des annexes (*Fig.* 144 et 145). On décolle alors rapidement la séreuse de la surface de la tumeur ; puis on sépare le deuxième ligament large, comme on a séparé le premier, en plaçant une autre ligature sur les annexes. La tumeur ne tient plus dès lors que par ses insertions vaginales. Par l'ouverture postérieure du cul-de-sac, on saisit

le col avec une pince de Museux, puis on excise tout autour le

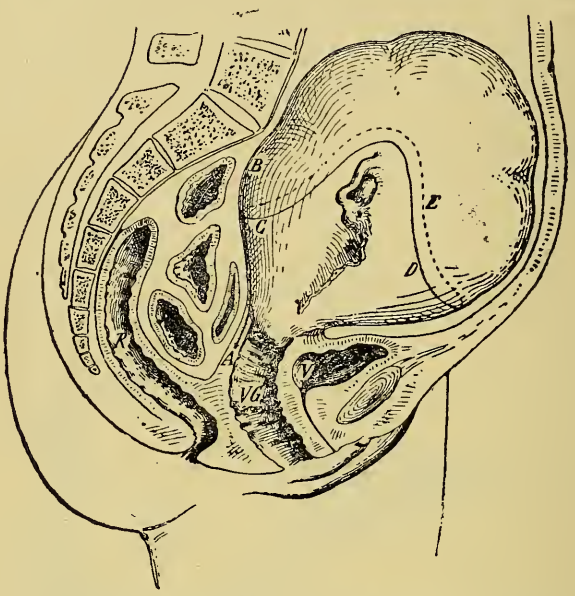

Fig. 143. — Hystérectomie abdomino-vaginale. — Coupe antéro-postérieure. — *Légende* *A*, *B*, première incision du péritoine ouvrant en A le vagin et s'étendant en B sur le fibrome. — *C*, *D*, *E*, 2e incision du péritoine circonscrivant les annexes et leurs pédicules vasculaires ; *R*, rectum ; *V*, *G*, vagin ; *V*. vessie.

vagin. La tumeur est alors enlevée en totalité par le ventre. Tout

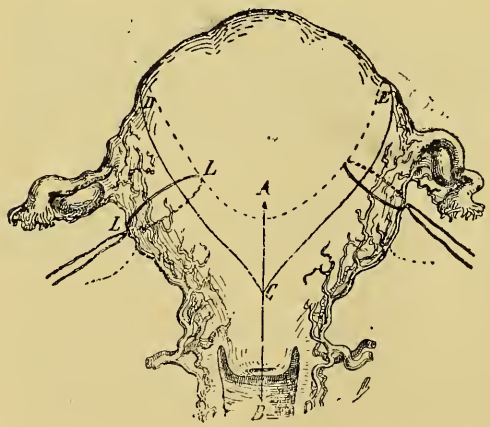

Fig. 144, — Schéma de la vascularisation de la tumeur.— De chaque côté, on voit les arcades vasculaires vagino-utéro-ovariennes.— *Légende: A*, *B*, 1re section longitudinale du péritoine ; *C*, *D*, *E*, 2e section circulaire. ; *L*, endroit où seront posées les ligatures après la décortication sous-péritonéale de la tumeur

au plus doit-on placer deux ou trois ligatures sur des artères vaginales peu importantes (*Fig.* 146).

b) *Temps vaginal.* — Il se pratique sans quitter le ventre de la malade qui est laissée dans le décubitus dorsal. Il consiste à faire passer dans le vagin toute la collerette péritonéale ainsi que les annexes (*Fig.* 147). Une grande pince à ligament large et une pince de renfort sont placées au-dessus des annexes, comme dans l'hystérectomie vaginale; puis les annexes et la collerette sont excisées au-dessous des pinces. Là se termine le temps vaginal. (*Fig.* 148).

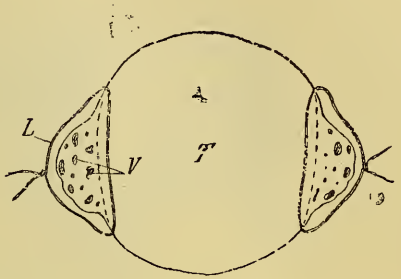

Fig. 145. — Section horizontale de la tumeur passant par les ligatures. — *Légende:* *T*, tumeur; *V*, vaisseaux; *L*, ligatures.

c) *Fin de l'opération.* — L'opération se termine par l'abdomen.

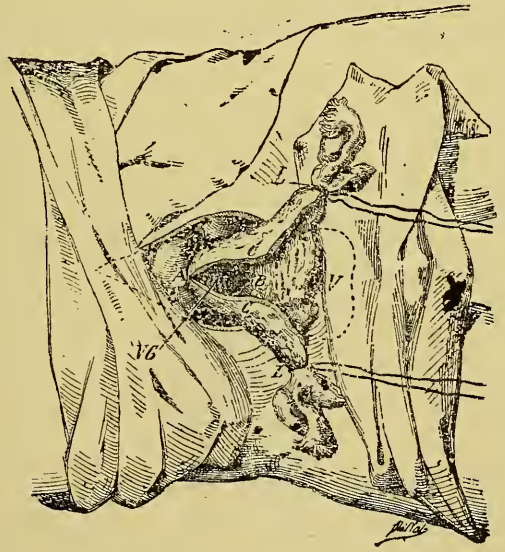

Fig. 146. — Application des ligatures sur les pédicules vasculaires latéraux. — *Légende:* *V*, *G*, vagin, dont on aperçoit la muqueuse au travers de son cul-de-sac postérieur; *A*, *B*, *C*, lambeaux flottants du péritoine qui enveloppait la tumeur; *L*, *L*, ligatures; *V*, vessie.

On s'assure que les pinces ne font aucune saillie; on place un

drain de fort calibre dans le cul-de-sac postérieur ; puis on suture

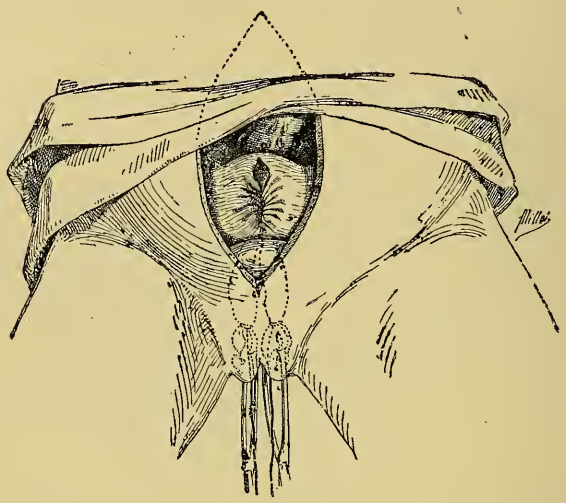

Fig. 147. — Aspect de la cavité pelvienne au moment où les fils viennent d'être passés par le bassin, et où l'on abaisse les annexes à l'aide de deux pinces à griffes.

le péritoine au niveau du détroit supérieur (*Fig.* 149). Enfin le

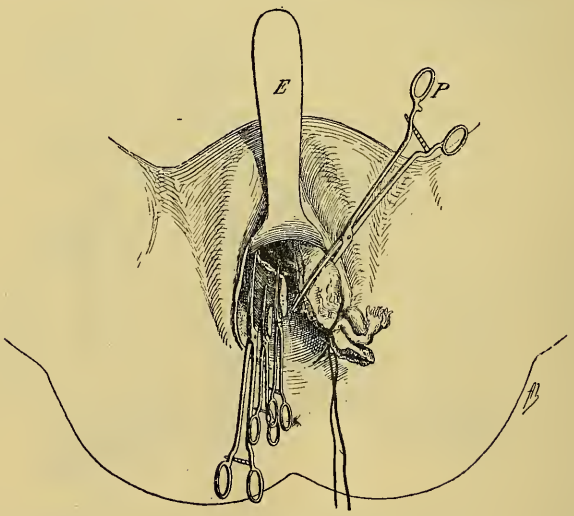

Fig. 148. — La malade est replacée en position d'hystérectomie vaginale. — Application des pinces à demeure. — *E*, écarteur; P, 1re pince dont l'extrémité correspond au cul-de-sac de Douglas. — L'opération est terminée du côté droit, où l'on voit la situation respective de la grande pince, des petites, et du ligament large.

ventre est refermé, comme après toute laparotomie.

4° Procédé de Lanphéar (1893). — La malade subit une préparation minutieuse du vagin pendant deux ou trois jours.

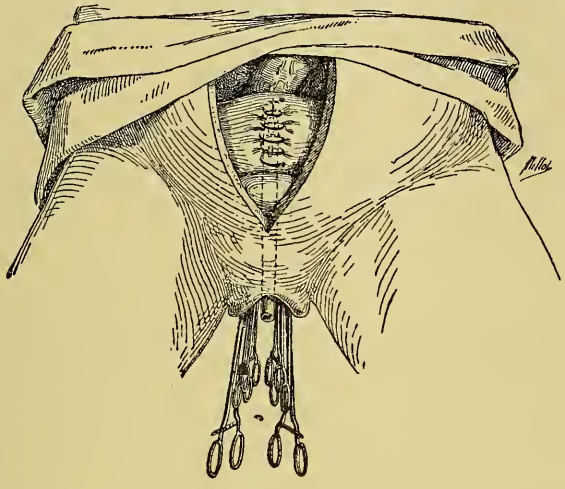

Fig. 149. — Les cuisses sont abaissées ; l'opérateur referme le bassin en adossant l'un à l'autre les replis péritonéaux qui recouvrent le rectum, les ligaments larges et la vessie.

Dès que le ventre est ouvert, on saisit les annexes d'un côté et on les attire dans la plaie. On place une pince au-dessous, en portant le bec de la pince contre le bord de l'utérus ; puis on place une ligature au catgut au-dessous de la pince, de façon à prendre 3 ou 4 centimètres du ligament large. On sectionne ensuite entre la pince et la ligature. On agit de même du côté opposé, puis au-dessous de la première ligature, on en fait une deuxième et une troisième, si c'est nécessaire ; toujours en plaçant une pince du côté de l'utérus, pour empêcher le sang de retour.

Arrivé à la vessie, on sectionne transversalement le péritoine et on décolle la vessie jusqu'au cul-de-sac vaginal. Passant alors un doigt dans le vagin, on ouvre le cul-de-sac antérieur dans toute son étendue, au moyen de ciseaux dirigés par le doigt placé dans le vagin. On renverse alors l'utérus sur le pubis et on ouvre, toujours sur le doigt vaginal, le cul-de-sac postérieur. On introduit alors de bas en haut, par le vagin, des pinces à hystérectomie, avec lesquelles on saisit la partie inférieure des ligaments larges jusqu'au niveau des dernières ligatures. On sectionne enfin les ligaments larges entre la pince et le bord de l'utérus; la vessie retombe d'elle-même sur le rectum, et il est inutile de faire des points de suture péritonéaux.

5° Procédé de Le Bec (Abandonné). — Le ventre ouvert, une ligature était placée sur le ligament large, en dehors des annexes, et une deuxième ligature sur le ligament rond. On plaçait une pince le long de l'utérus et on sectionnait entre la pince et la ligature, puis on plaçait un lien élastique, le plus bas possible, et on enlevait la tumeur.

Par le vagin, on saisissait alors le col, on l'isolait et on plaçait une pince à hystérectomie sur la base des ligaments larges, après avoir ouvert les culs-de-sac péritonéaux. Le col était alors détaché à droite et à gauche, en suivant les pinces.

6° Procédé de Richelot. — Se servant du plan incliné, modifié pour la facilité des manœuvres dans le vagin, Richelot, après l'ouverture du ventre, fait, quand la situation l'exige, l'énucléation préliminaire des fibromes, à l'aide d'une incision. Puis, il taille un lambeau péritonéal, pour séparer la vessie et la rejeter derrière le pubis. Placé à gauche de la malade, il introduit dans le vagin l'index gauche, qui le guide pour ouvrir avec les ciseaux, de haut en bas, le cul-de-sac vaginal antérieur et agrandir cette ouverture, en rasant le col. L'index quitte le vagin ; l'opérateur passe à droite de la malade.

Embrassant avec la main gauche successivement les deux ligaments larges, il perfore leur base d'avant en arrière avec la pointe des ciseaux mousses, au ras du col, immédiatement au-dessus de l'insertion vaginale, au-dessous de l'artère utérine. Une pince courbe sur champ, de neuf à dix centimètres et ayant beaucoup « de bande » pour serrer à son extrémité aussi bien qu'à sa base, est introduite par le vagin. Son mors postérieur est passé dans l'orifice qui perfore la base du ligament large, et la pince est glissée, en dehors de la trompe et de l'ovaire, jusqu'au sommet du ligament large, qu'elle embrasse facilement dans toute sa hauteur, si l'énucléation préliminaire des fibrômes a été faite et si le segment intérieur est libre. Avec une deuxième pince pareille, on traite de la même façon l'autre ligament large.

L'utérus est détaché rapidement ; alors seulement on sectionne l'incision postérieure du vagin, pour libérer complètement la tumeur et l'extraire par l'abdomen. La tranche vaginale postérieure est hémostasiée avec deux ou trois longuettes passées par le vagin. Le pansement est fait par le vagin, en plaçant un écarteur antérieur, sur lequel on glisse un tampon d'ouate iodoformée, qui affleure et bouche la plaie vaginale, puis au-dessous un deuxième et un troisième tampon iodoformés.

7° Procédé de Charles B. Penrose (1896). — Le ventre est ouvert, les artères ovariennes et les ligaments ronds sont liés, les ligaments larges sont sectionnés entre ligatures, la vessie décollée. On place entre la vessie et le cul-de-sac antérieur du vagin, un tampon de gaze; on en place un second en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, immédiatement derrière la partie supérieure de la paroi vaginale postérieure. On ferme le ventre, puis on place la malade dans la position de la taille. On incise hardiment les culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, sur les tampons; sur les côtés on pince la base des ligaments larges, puis on enlève l'utérus, les tampons placés par l'abdomen, et on termine par un tamponnement du vagin.

Suites. — Le danger le plus grand de cette opération est assurément le risque d'une *hémorrhagie* intra-abdominale pendant l'exécution du temps vaginal.

Les accidents opératoires seront ceux qu'on peut observer dans toute hystérectomie abdominale totale.

Indications. — L'hystérectomie abdominale totale est toujours possible, quels que soient le volume et la situation des tumeurs utérines. D'autre part, lorsque les artères utérines sont liées séparément, le petit pédicule formé par le col ne présente aucun inconvénient; au point qu'un certain nombre de chirurgiens laissent le fragment de col de propos délibéré (Terrier, Chroback, etc). Resteraient les cas où le col doit être enlevé en totalité. S'il s'agit de suppurations pelviennes, il n'y a aucune nécessité à compliquer l'opération, en ajoutant un temps vaginal inutile. S'il s'agit de cancer, nous verrons que la méthode vagino-abdominale est préférable : elle est aussi sûre au point de vue de l'extirpation complète du cancer; elle est plus sûre au point de vue de l'hémostase; enfin elle est d'une exécution plus facile. La méthode abdomino-vaginale sera donc une *méthode d'exception ou de nécessité*, au cours d'une opération commencée par la voie abdominale.

TROISIÈME PARTIE

618.14.82
OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ PAR LA VOIE VAGINALE.

CHAPITRE I.

618.14.82.12
CATHÉTÉRISME DE L'UTÉRUS.

Définition. — On donne le nom de cathétérisme utérin à l'exploration de la cavité utérine, au moyen d'un instrument spécial, appelé *Hystéromètre*.

Historique. — Ce mode d'investigation paraît dû à Levret ; mais il a surtout été vulgarisé par Huguier, Simpson et Kiwisch. Tour à tour préconisé avec excès, ou au contraire condamné, il semble aujourd'hui laissé un peu dans l'oubli, non tant à cause des méfaits qu'on lui a imputés, qu'en raison du peu de services réels qu'il rend en gynécologie.

Technique opératoire. — Le vagin doit être soigneusement désinfecté au moyen d'une injection de sublimé, puis le col nettoyé avec un tampon imbibé d'alcool sublimé à 1 o/o. La malade est placée dans la position dorso-sacrée.

Pour faire le cathétérisme utérin, on aura à sa portée deux écarteurs vaginaux, ou un spéculum de Cusco (*Fig.* 150), une pince à abaissement, un hystéromètre métallique et une bougie en gomme n° 14 ou 15 (*Fig.* 151, 152, 153). Tous ces *instruments* devront être stérilisés.

Manuel opératoire. — Par le toucher vaginal, on commencera par s'assurer de la position du fond de l'utérus, pour établir aussi nettement que possible, si l'organe est en antéversion ou en rétroversion, ou s'il est atteint de flexion. On donnera alors à l'hystéromètre métallique une courbure se rapprochant de celle formée par la cavité utérine. Le spéculum sera introduit, puis le col saisi par sa lèvre antérieure, avec la pince à abaissement. L'hystéromètre sera poussé doucement dans le museau de tanche, dans la direction reconnue de la cavité utérine. L'instrument sera conduit sans effort jusqu'au fond de l'organe où il s'arrêtera. On fera alors glisser le curseur jusqu'à l'orifice du col ou, plus simplement, avec une pince à pansements, on saisira l'instrument au ras du col. En retirant l'instrument, on aura la profondeur de la matrice et on

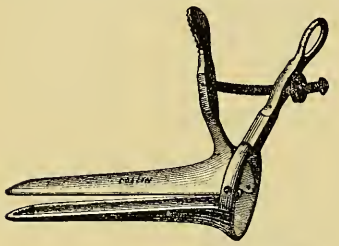

Fig. 150. — Spéculum du Dr Cusco (Modèle Charrière).

Fig. 151. — Hystéromètre de Valleix, rentrant dans le manche (Ancien modèle).

Fig. 152. — Hystéromètre (Modèle Collin).

Fig. 153. — Hystéromètre flexible de Sims.

saura si elle est ou non augmentée de volume. Au delà de 7 centimètres, on peut conclure que le diamètre longitudinal est augmenté, surtout si la femme n'a pas eu d'enfants.

Cette première notion acquise, on réintroduira l'instrument et on lui imprimera, *toujours très doucement*, des mouvements de latéralité et de rotation sur son axe. Si ces derniers mouvements peuvent s'exécuter, on pourra en conclure que la cavité de l'organe est plus grande qu'à l'état normal. Dans certains cas, l'hystéromètre ne pourra pas être introduit; il révèlera ainsi, suivant le point du col où il sera arrêté, l'atrésie de l'orifice externe ou celle de l'orifice

interne. Mais, dans certains cas, le col sera perméable et l'instrument sera arrêté par un obstacle cavitaire. Pour s'en assurer, on retirera l'hystéromètre métallique et on introduira la bougie en gomme, qui contournera l'obstacle et pourra pénétrer à une profondeur parfois normale, mais le plus souvent exagérée.

Suites. — Elles seront nulles, si toutes les précautions antiseptiques ont été prises.

On a signalé des cas de *perforation* de l'utérus par l'hystéromètre. Cet accident est possible, quand l'utérus est ramolli, comme après l'accouchement, comme dans certains cas de métrite fongueuse, etc. On a aussi souvent observé des cas d'*avortement*, causés par l'hystéromètre.

Après l'opération, l'accident le plus redoutable est l'*infection* de la cavité utérine (métrite) et des trompes (salpingite).

Indications. — Les renseignements fournis par le cathétérisme utérin n'ont en somme qu'une valeur relative. Il faudra y recourir quand on soupçonnera de l'*atrésie du col*; quand la *direction* de l'organe ne sera pas déterminée d'une façon suffisante par le palper bimanuel; quand enfin on soupçonnera dans l'utérus la présence d'un *néoplasme*, qui en augmente le volume, etc.

CHAPITRE II.

618.14.82.95
EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRA-UTÉRINS.

Définition. — On rencontre parfois dans l'utérus des corps étrangers de nature très variable, dont l'extraction peut être difficile. Les uns sont *cavitaires* ; les autres ont perforé les parois utérines et sont *à la fois intra-utérins et intra-péritonéaux*.

Historique. — Etudiés d'abord par Louis (1753), puis par Neugebauer, Poulet, Morestier, Herzfeld, Walk, Gill Wylie, de Bovis. On employa pour l'extraction, suivant les cas, la discision simple ou double du col, l'incision médiane (de Bovis), la laparotomie (Gill Wylie), lorsque le corps étranger a perforé la paroi utérine.

Technique opératoire. — Les corps étrangers pouvant séjourner longtemps dans l'utérus, détermineront par leur présence une sécrétion purulente, qui sera une menace d'infection de toute plaie opératoire faite à l'utérus.

La malade devra donc, dans tous les cas, subir une préparation longue et minutieuse: grandes irrigations chaudes, puis nettoyage direct du col, du fond du vagin, avec de l'alcool sublimé au centième ou de la teinture d'iode. Chaque nettoyage sera suivi d'un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

On devra aussi, dans cette préparation, tenir compte des complications occasionnées par le corps étranger lui-même: fistule vésico-utérine (Walk), suppurations pelviennes (H. Delagénière). Ces complications présentent leurs indications spéciales au sujet de l'intervention.

Comme *instruments*, on devra avoir à sa disposition tout ce qu'il faut pour faire une laparotomie et, en outre, les pinces et les rétracteurs vaginaux nécessaires pour une hystérectomie vaginale. Un aide sera suffisant

Manuel opératoire. — Nous devons distinguer deux cas. Ou bien il s'agit d'un corps étranger séjournant dans l'utérus depuis

fort longtemps ; ou bien un corps étranger vient d'y être introduit et il y a eu, ou non, perforation de la paroi utérine.

1° *Corps cavitaire, ancien ou récent, sans complication péritonéale.* — La malade sera placée dans la position de la taille et le col saisi sur ses côtés par deux pinces à abaissement. Une incision en Ω sera faite en avant du col et les tissus seront détachés avec précaution, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. Après avoir décollé la vessie et les uretères, on pratiquera sur la face antérieure du col, une *incision médiane* de deux ou trois centimètres, remontant jusqu'au-dessus de l'isthme. Avec le doigt, on reconnaîtra la présence et la situation du corps étranger ; on prolongera l'incision médiane, si c'est nécessaire ; puis on saisira le corps étranger et on l'enlèvera.

On pratiquera alors un curettage soigné de l'utérus, suivi d'un nettoyage avec une solution de chlorure de zinc au 10e ; enfin on terminera, en *suturant* l'incision faite à l'utérus, au moyen de deux ou trois points séparés, au catgut.

2° *Corps cavitaire, ancien ou récent, avec complication péritonéale.* — Si la complication péritonéale consiste dans la pénétration du corps étranger, à travers l'utérus, dans le péritoine, on devra recourir à la laparotomie, enlever le corps étranger, et suturer la petite plaie utérine à deux plans de suture.

Si la complication péritonéale est ancienne et d'ordre inflammatoire, on devra recourir à l'hystérectomie vaginale.

Suites. — Le danger d'*infection* est le plus redoutable. On devra prendre le plus grand soin de ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal.

Indications. — Lorsqu'il existe un corps étranger quelconque dans la cavité utérine, on devra l'enlever et recourir de suite à l'opération que nous avons décrite, si les tentatives d'extraction directe n'ont pas abouti.

On devra aussi tenir compte des complications existantes ou seulement possibles, et y remédier par la laparotomie, en cas de plaie perforante de l'utérus ; par l'hystérectomie vaginale, en cas de suppurations pelviennes ; enfin par une deuxième opération, s'il existe une fistule vésicale.

CHAPITRE III.

618.14.82.91

PESSAIRES.

Définition. — On donne ce nom à des instruments destinés à être introduits à demeure *dans le vagin*, dans le but de lutter contre le déplacement de l'utérus.

Historique. — Leur emploi est fort ancien, et le nombre des variétés de pessaires est tellement considérable que nous n'indiquerons ici que les plus connus. Le plus ancien est le pessaire annulaire, tantôt fabriqué en bois léger, en caoutchouc durci (*Fig.* 154), en crin de cheval recouvert d'une couche de caoutchouc, etc. C'est encore le plus employé.

Fig. 154. — Pessaire en gomme, dit Gimblette.

Mayer et Dumontpallier l'ont fait fabriquer en caoutchouc plus flexible, sous forme d'un anneau large à diamètre variable (*Fig.* 155 et 156).

Fig. 155. — Pessaire en anneau de Dumontpallier (Petit modèle).

Fig. 156. — Pessaire de Dumontpallier, plus grand.

Manuel opératoire.— 1° *Pessaire de Dumontpallier.* — On introduit ce pessaire à plat, en suivant la paroi vaginale postérieure, jusqu'à ce que l'anneau arrive dans le cul-de-sac postérieur. On refoule alors le bord antérieur de l'anneau vers le cul-de-sac antérieur, en prenant soin que le col reste bien dans l'orifice de l'anneau. Dumontpallier a fait construire, pour l'introduire, une pince spéciale, absolument inutile.

2° *Pessaire de Hodge.* — Le pessaire de Hodge, fabriqué en aluminium et en caoutchouc durci, est le plus efficace de tous les pessaires. On le désigne sous le nom de *pessaire à double cour-*

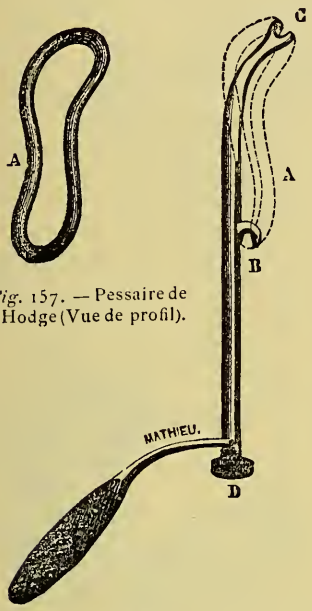

Fig. 157. — Pessaire de Hodge (Vue de profil).

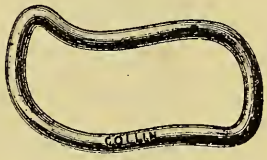

Fig. 158. — Pessaire en anneau de Hodge (Vue de face).

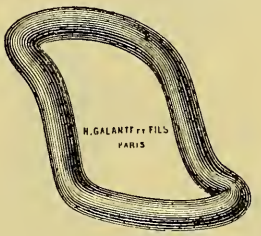

Fig. 160. — Pessaire sigmoïde élastique simple de Ménière.

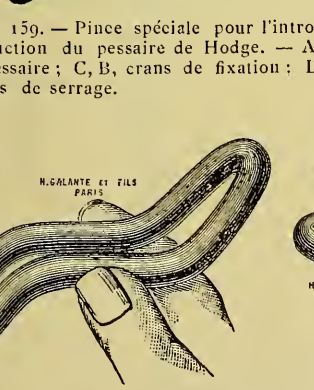

Fig. 159. — Pince spéciale pour l'introduction du pessaire de Hodge. — A, pessaire ; C, B, crans de fixation ; D, vis de serrage.

Fig. 161. — Pessaire sigmoïde élastique de Ménière. (Manière de le saisir pour le mettre en place).

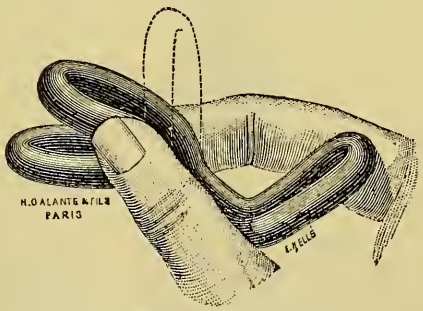

Fig. 162. — Pessaire sigmoïde élastique à antéversion de Ménière.

bure (*Fig.* 157, 158 et 159). Il est très employé dans les cas de *rétrodéviation*. On l'introduit comme les précédents.

3° *Autres pessaires*. — Citons encore les pessaires de Courty (*Fig.* 163 et 164), de Ménière (*Fig.* 160, 161 et 162).

Le pessaire de Gaillard Thomas, très répandu aussi, est construit sur le même principe.

Fig. 163 et 164. — Pessaires en aluminium, de Courty.

Nous signalerons, pour les cas d'*antéversion*, le pessaire de Graily Hewitt, dit *pessaire en berceau* ; celui de Gaillard Tho-

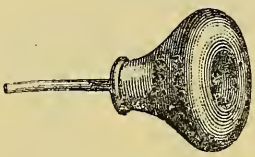

Fig. 165.— Pessaire en forme de cuvette, de Gariel.

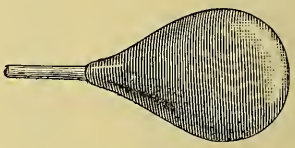

Fig. 166. — Pessaire piriforme de Gariel.

mas ; celui de Galabin ; et, dans les cas de *rétrodéviation et rétroflexion*, les pessaires de Schultze, de Fritsch, etc.

Dans les cas de *prolapsus*, on emploie le plus souvent le *pessaire à air* de Gariel (*Fig.* 165, 166, 167, 168, 169 et 170), sorte de ballon en caoutchouc, muni d'un tube pour le gonfler, après introduction.

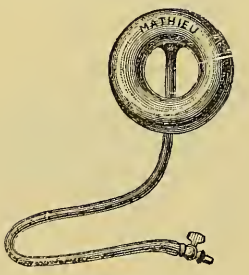

Fig. 167. — Pessaire en forme d'anneau de Gariel.

Le pessaire à ailettes de Zwanck, perfectionné par Schelling (*Fig.* 171 et 172) est très recommandé en Allemagne. Certains gynécologistes enfin se contentent de prescrire simplement une pelote périnéale (*Fig.* 173).

Certains autres préconisent des *hystérophores*, adaptés à une ceinture pelvienne, dans le genre de ceux de Breslau (*Fig.* 174), de Borgnet (*Fig.* 175), etc.

Accidents et complications. — Tous les pessaires présentent le grand inconvénient d'irriter la muqueuse vaginale, de

Fig. 168. — Pessaire à air de Gariel avec le tube à insufflation (Collin).

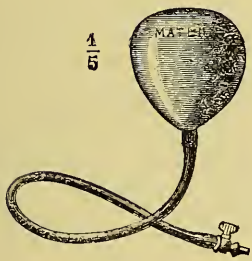

Fig. 169. — Pessaire de Gariel, avec robinet.

Fig. 170. — Insufflateur pour le pessaire de Gariel.

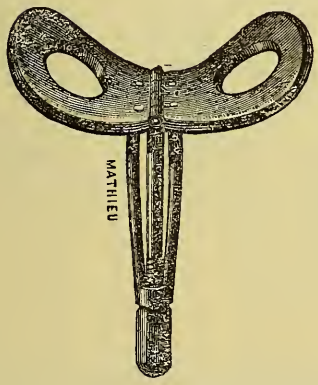

Fig. 171. — Pessaire en papillon de Zwanck. (Modèle Mathieu).

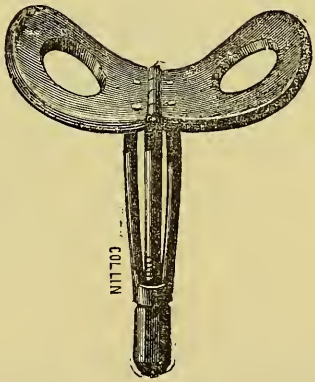

Fig. 172. — Pessaire de Zwanck. (Modèle Collin).

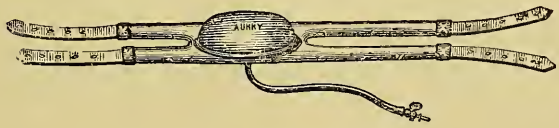

Fig. 173. — Pelote périnéale.

provoquer par suite une *sécrétion* très abondante. Ils déterminent

la formation d'*ulcérations* dans les culs-de-sac vaginaux, des *perforations*, des *fistules*, de la *paramétrite* et même de la péritonite.

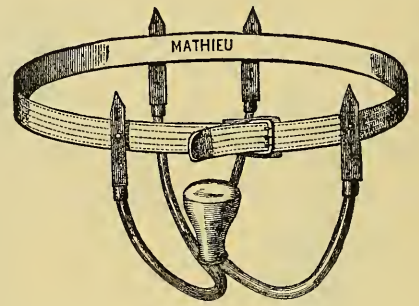

Fig. 174. — Pessaire-hystérophore de Breslau, avec ceinture.

Indications.— De ce qui précède, il résulte que l'emploi des pessaires ne doit être qu'un *pis-aller*. Leur emploi fait, en effet, courir plus de risques aux malades que les différentes opérations vagino-périnéales, pratiquées contre les mêmes affections.

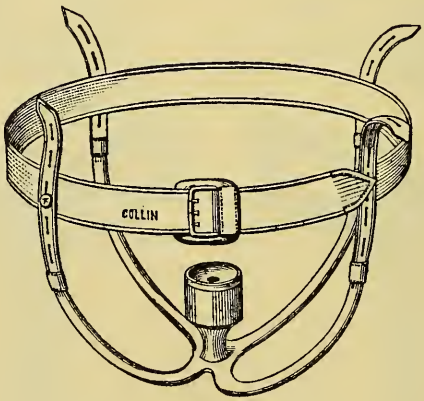

Fig. 175. — Pessaire de Borgnet.

CHAPITRE IV.

618.14.82.11

REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS.

Définition. — Nous entendons par cette dénomination le redressement non sanglant de l'organe fléchi.

Historique. — L'histoire du redressement se confond d'abord avec celle des pessaires (Hervez de Chégoin, Lisfranc, Récamier, Velpeau, etc.; et il faut arriver à l'ère moderne de la gynécologie, avec Hégar, Hodge, Fehling, Gaillard Thomas, Simpson, Valleix, etc., pour voir formulées les règles de cette petite intervention.

Manuel opératoire. — On pratique d'abord la dilatation lente, au moyen de laminaires, qui ont en outre l'avantage de ramollir le tissu utérin et de le rendre plus facile à modifier dans sa forme. Cette préparation préliminaire terminée, on procédera au redressement proprement dit, au moyen de *dilatations* ré-

Fig. 176. — Redresseur fixe de Trélat (Modèle Collin).

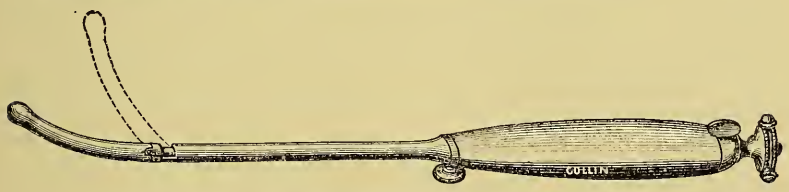

Fig. 177. — Redresseur articulé de Trélat (Modèle Collin).

pétées tous les deux ou trois jours avec des bougies de Hégar. Ce traitement devra être poursuivi au moins pendant deux mois. Si, dans l'intervalle des séances, le col utérin se referme trop énergiquement, on recommencera la dilatation lente. On obtiendra le même résultat en pratiquant le *drainage* de la cavité utérine entre les séances.

On a aussi cherché à pratiquer le redressement au moyen de *pes-*

saires à tige intra-utérine (*Fig.* 178, A). Le meilleur est celui de Fehling. C'est un tube de verre épais, fénêtré et pourvu d'un pavillon.

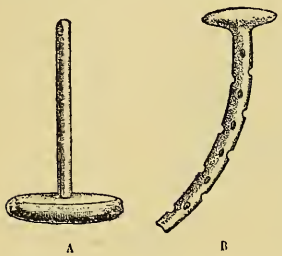

Fig. 178. — Pessaires à tige intra-utérine. — A, modèle ordinaire. — B, Pessaire de Fehling (D'après Pozzi).

Ce tube est légèrement incurvé sur lui-même, suivant la direction de la cavité utérine normale. On le remplit de poudre d'iodoforme et on l'introduit dans la cavité utérine préalablement dilatée (*Fig.* 178, B) On le laisse en place de huit à douze mois (Fehling).

Le tube ne doit pas être trop long, afin de ne pas arriver au contact du fond de l'organe, où il pourait provoquer des désordres par compression.

Suites. — Elles seront absolument nulles, si les précautions antiseptiques ont été observées. Dans le cas contraire, on pourra voir se développer tous les accidents d'ordre infectieux, qui peuvent suivre les interventions sur l'utérus.

Indications. — Le redressement n'est applicable qu'aux *flexions utérines d'origine congénitale.* Il peut suffire dans les cas d'antéflexion ; mais il est habituellement insuffisant dans les cas de rétroflexion. Il faut alors recourir aux stomatoplasties et aux méthodes opératoires employées contre les rétroversions.

CHAPITRE V.

618.14.82.8
HYSTÉROPEXIES VAGINALES.

Définition. — Par Hystéropexies vaginales, nous entendons toutes les pexies de l'utérus au vagin. L'utérus peut être fixé directement par son *col* (*Trachélopexie*), ou par son corps (*Hystéropexie* vaginale proprement dite) ; ou indirectement, en agissant sur les parois vaginales (*Pexie vaginale* ou *Vaginopexie*).

Historique. — Toutes ces opérations ont été imaginées pour combattre les déplacements de l'utérus. — Amussat semble avoir, un des premiers, cherché à redresser l'utérus, en pratiquant des *cautérisations localisées* sur une paroi vaginale. Courty adopta cette manière de faire. — Richelot père fit faire un pas de plus à la question et proposa de souder le col de l'utérus à la paroi vaginale postérieure. — Enfin Sims voulut agir sur l'utérus, par l'intermédiaire du vagin, en raccourcissant, par la suture, une des parois de ce conduit.

Aujourd'hui, quelques perfectionnements ont été apportés aux méthodes primitives par Bossi, Nicoletis, Doléris, Péan, Skutsch.

Mais la méthode des pexies vaginales est entrée dans une ère nouvelle, par les fixations du corps même de l'utérus, après l'ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur. L'idée première de cette opération est due à von Rabenau (1886), qui eut pour imitateurs Schmidt (de Cologne), Fraenkel, Sänger, etc.

Schucking (de Pyrmont) veut simplifier l'opération et se propose de passer simplement une anse de fil à travers le fond de l'utérus, puis à travers la paroi vaginale. Sa méthode fut perfectionnée par Zweifel, Törngren, Thiem, etc.

Mais actuellement deux méthodes rivales se disputent la faveur des chirurgiens : la méthode de Mackenrodt et celle de Dührssen. Nous les exposerons en détail plus loin, ainsi que les modifications qui ont été proposées.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront ceux de l'hystérectomie vaginale. La malade aura été rasée complètement, savonnée dans un bain. Le vagin aura été soigneusement désinfecté. Elle sera anesthésiée, puis placée dans la position de la taille, en prenant soin de bien donner aux jambes une direction symétrique.

Comme *instruments*, on fera stériliser tout ce qui sera nécessaire pour faire l'hystérectomie vaginale, cette opération pouvant se trouver indiquée au cours de l'intervention. Celle-ci sera facilement exécutée avec les *instruments* suivants: un bistouri, une paire de ciseaux droits et courbes, une longue pince à disséquer, une sonde d'homme en métal ou un fort hystéromètre, 12 pinces hémostatiques, 2 écarteurs vaginaux (*Fig.* 179), 2 pinces à abaissement, (*Fig.* 180 et 181), des bougies dilatatrices de Hégar, deux aiguilles à surjet.

Le chirurgien aura à sa disposition des catguts forts et des fils de soie moyenne, des compresses de tarlatane stérilisées, enfin une solution de sublimé à un pour 2000 pour faire l'irrigation.

Deux aides seront nécessaires pour écarter et bien éclairer le le champ opératoire; l'un deux dirigera l'irrigation.

A. Manuel opératoire typique.— La malade étant placée dans la position de la taille, la vessie sera vidée ; puis le premier soin du chirurgien sera de réduire la rétroversion. Pour cela, le col sera saisi avec les pinces à abaissement et fortement attiré en bas. On cherche alors, avec un doigt introduit dans le cul-de-sac vaginal postérieur, à obtenir la réduction de l'organe.

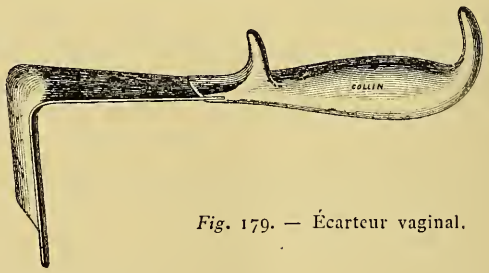

Fig. 179. — Écarteur vaginal.

Si cette réduction est facile, on la maintient au moyen de l'hystéromètre. Si elle n'est pas possible, on pratique la dilatation du col, aussi complète que possible ; puis on fait un curettage soigné de l'utérus; enfin on cherche à obtenir la réduction, soit avec le doigt introduit dans la cavité, soit avec une bougie de Hégar, que l'on remplace avantageusement par une sonde d'homme.

On procède alors à l'opération proprement dite. On dessine sur

la paroi antérieure du vagin un lambeau ovalaire, comme s'il s'agissait de faire une colporrhaphie antérieure. Ce lambeau part du cul-de-sac vaginal, à un centimètre environ du col utérin et s'étend jusqu'au tubercule de l'urèthre. Il est ensuite disséqué et excisé. On abaisse fortement le col de l'utérus, et, sans se préoccuper de la plaie d'avivement de la colporrhaphie, on pratique transversalement une incision du cul-de-sac vaginal, en prenant bien soin de

Fig. 180. — Pince à abaissement, de Collin, ouverte.

ne pas ouvrir la vessie. Cette incision terminée, en prenant comme unique repère le col de l'utérus, on décolle avec soin la vessie et

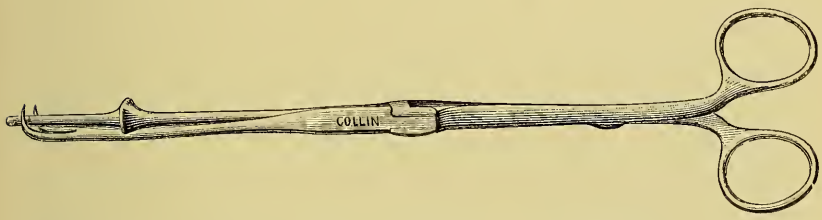

Fig. 181. — Pince à abaissement, de Collin, fermée.

les uretères, et on ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. La vessie se trouve mise à nu par ses deux faces vaginale et utérine.

A ce moment, en abaissant vers l'anus le pavillon de la sonde d'homme placée dans la cavité utérine, on refoulera en avant la face antérieure de l'utérus.

Avec l'aiguille courbe, on placera transversalement un double catgut volumineux dans la face antérieure de l'utérus, le plus haut possible vers le fond. Ce premier fil, saisi avec une pince, servira à faire basculer l'utérus en avant et rendra facile le placement d'un deuxième fil encore plus rapproché du fond de l'organe. On placera ainsi trois ou quatre fils, jusqu'à ce que l'organe soit amené en antéversion complète au-dessous de la vessie, et entre les lèvres de la plaie de la colporrhaphie. Les fils ont donc d'abord le rôle d'abaisseurs ; mais ils vont servir à la fixation et devenir fixateurs.

La fixation devra se faire le plus près possible de l'urèthre et on la commencera par le dernier fil placé sur l'utérus, c'est-à-dire par le fil qui sera le plus rapproché du fond de l'organe. Chacun des chefs de ce fil sera passé de chaque côté de la plaie de la colpor-

rhaphie sous la paroi vaginale, qu'on lui fera traverser quinze millimètres plus loin, de telle sorte que cette paroi vaginale pourra venir glisser au-devant de la partie de l'utérus saisie par l'anse du fil. Les autres fils sont passés de la même façon, à travers la paroi vaginale ; puis une pince est placée sur chaque chef et confiée aux deux aides, qui ont pour mission de tendre les fils, pour maintenir l'utérus dans sa nouvelle position.

On procède alors à la suture en surjet de la plaie de la colporrhaphie ; il en résulte une sorte de raphé médian par-dessus lequel on nouera enfin les fils fixateurs, en faisant pour chacun le nœud du chirurgien.

L'opération est alors terminée par un tamponnement lâche à la gaze iodoformée.

* * *

B. — Procédés divers. — Les procédés d'hystéropexie vaginale sont extrêmement nombreux. — Nous chercherons, pour en faciliter l'étude, à les classer en *trois* catégories.

Comme nous l'avons déjà dit, les uns s'adressent uniquement au vagin : *Pexies vaginales*, ou *Vaginopexies*. — Les autres s'adressent au col : *Trachélopexies*. — Enfin les plus nombreux et les plus importants s'adressent au corps de l'utérus : *Hystéropexies* proprement dites.

618.14.82.833.5

I. — Pexies vaginales.

Les *Vagino-pexies* comprennent *cinq* procédés principaux.

1° Procédé d'Amussat (1850). — Il a pour but la formation d'une *bride fibreuse* ou *cicatricielle*, s'étendant du col à une des parois vaginales. Cette bride fibreuse est obtenue au moyen du fer rouge ou d'un caustique. On doit la provoquer dans celui des deux sinus utéro-vaginaux qui correspond à la déviation (Cul-de-sac antérieur pour l'antéversion ; cul-de-sac postérieur pour la rétroversion).

2° Procédé de Sims. — Il pratique la suture d'un *pli transversal*, fait à la paroi du vagin, qui correspond à la déviation. Cette opération a donc pour but d'agir sur le col, en raccourcissant la paroi vaginale.

3° Procédé de Skutsch (1888). — Certains déplacements paraissent être dus à la rétraction d'une des parois vaginales. L'auteur se propose donc d'allonger cette paroi. Dans ce but, il pratique une *incision transversale*, qu'il transforme en une *incision longitudinale par la suture.*

4° Procédé de Doléris (1888). — L'auteur reprend l'idée de Sims ; mais au lieu de suturer un pli transversal, il fait une *colporrhaphie pré-cervicale* ou *rétro-cervicale*, selon qu'il veut remédier à une rétroversion ou à une antéversion.

5° Procédé de Péan. — La cloison recto-vaginale est saisie au moyen de deux pinces, dont un mors est introduit dans le rectum et l'autre dans le vagin. Ces pinces sont fortement écartées l'une de l'autre à droite et à gauche. La cloison vésico-vaginale est saisie de la même façon, avec deux pinces plus flexibles, dont un mors est introduit dans la vessie, par l'urèthre et l'autre dans le vagin. Comme précédemment on écarte fortement l'une de l'autre ces deux pinces. Entre les pinces antérieures et postérieures, il existe donc de chaque côté deux parois latérales étendues, sur lesquelles on peut agir facilement, sans crainte de blesser le rectum ou la vessie.

La femme est alors placée dans le décubitus latéral ; on place ensuite sur chaque paroi latérale, dans toute la hauteur du vagin, une

série de fils distants les uns des autres de deux centimètres environ, et pénétrant aussi profondément que possible dans l'épaisseur des tissus. Ces anses de fil, suivant l'expression de Péan, représentent les barreaux d'une échelle, dont les montants sont constitués par une pince antérieure et une pince postérieure. En nouant ces fils et serrant fortement, on *rétrécit le vagin latéralement*; les fils sont laissés trois semaines en place dans, le but de produire des cicatrices solides. Enfin l'opération est terminée par une périnéorrhaphie.

618.14.82.833.7

II. — Trachélopexies.

Les unes s'adressent directement au col, qu'elles veulent fixer à une des parois vaginales (Richelot père), *sans ouvrir les culs-de-sac péritonéaux* (Nicoletis, Byford); les autres *ouvrent le cul-de-sac postérieur* (Freund).

1° Procédé de Nicoletis (1887). — L'opération a pour but de *reporter en avant l'insertion vaginale postérieure*, tout en ménageant l'orifice utérin. Elle comprend trois temps.

1° *Amputation sus-vaginale du col.*

2° *Suture médiane du vagin.* — A cet effet, trois fils médians sont passés à travers la tranche vaginale postérieure; puis, à travers la lèvre postérieure du col amputé, de façon à sortir par l'orifice utérin (*Fig.* 182 et 183). Ces trois fils sont noués (*Fig.* 184); le vagin se trouve donc uni au col sur la ligne médiane, en arrière.

Fig. 182. — Procédé de Trachélopexie vaginale de Nicoletis. — Amputation du col, vue de profil.

3° *Suture latérale du vagin.* — A droite et à gauche des trois fils placés, on passe un autre fil à travers la paroi vaginale; puis chaque fil est passé

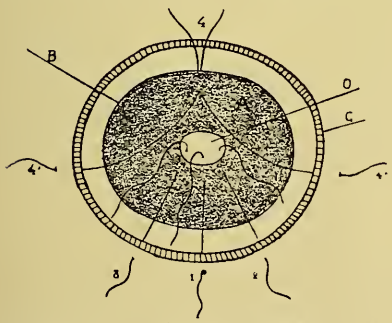

Fig. 183. — Procédé de Nicoletis pour la Trachélopexie vaginale. — *Légende :* B, col utérin amputé, vu de face; C, section de la paroi vaginale; D, orifice utérin; 1, 2, 3, les trois fils de la tranche vaginale postérieure placés; 4, 4' 4', fils antérieurs placés.

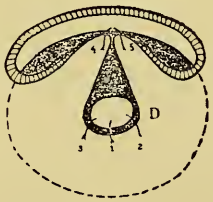

Fig. 184. — Procédé de Nicoletis. — *Légende :* 1, 2, 3, fils postérieurs noués; 4, 5, fils antérieurs noués; D, orifice utérin.

dans la lèvre antérieure du col, passant dans la tranche de section

et ressortant par-dessus la face antérieure du col, de sorte qu'en fermant ces fils, la paroi vaginale postérieure monte par glisse-

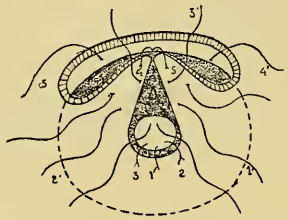

Fig. 185. — Procédé de Nicoletis. — *Légende*: 1, 2, 3, fils postérieurs; 4, 5, fils antérieurs; 1', 2', 3', 4', fils complémentaires latéraux.

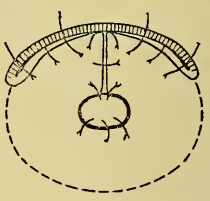

Fig. 186. — Procédé de Nicoletis. — Résultat obtenu (Vue de face).

ment vers la lèvre antérieure du col, sur laquelle elle pourra désormais agir comme un cordon de sonnette agit sur son levier

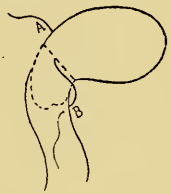

Fig. 187. — Trachélopexie vaginale. — Résultat obtenu (Vue de profil, avec schéma de l'action des fils AB).

Fig. 188. — Procédé de Nicoletis. — Résultat obtenu (Vue de profil).

(*Fig.* 185). La suture est complétée par autant de points de suture qu'il sera nécessaire (*Fig.* 186, 187, 188).

2° Procédé de Byford (1888). — Chez les femmes qui ne sont plus réglées, l'auteur pratique la *soudure du col utérin à la paroi vaginale postérieure*. L'accolement, après suture, se fait entre la paroi vaginale antérieure et la paroi postérieure du vagin. Ou bien, il avive la *face antérieure du col* et la suture à la paroi postérieure du vagin, avivée au-dessous du col et repliée par dessus.

3° Procédé de Freund (1889). — Le *cul-de-sac postérieur du vagin est incisé transversalement* et aussi largement que possible. Le col utérin, isolé avec le doigt, et le cul-de-sac de Douglas ouvert, il passe des fils dans la *portion sus-vaginale du col*, puis dans le *péritoine* situé au-dessous du promontoire, au niveau des *ligaments utéro-sacrés*. Il tamponne ensuite la cavité de Douglas au-dessous des sutures, rétrécit l'incision vaginale; enfin il termine l'opération par une périnéorrhaphie, quand elle est nécessaire.

618.14.82.833.8

III. — Hystéropexies vaginales proprement dites.

Elles sont extrêmement nombreuses. Les unes cherchent à obtenir le redressement de l'utérus *sans le secours du vagin*, comme point de fixation. Les autres, au contraire, *fixent l'utérus au vagin*. Ces dernières sont les plus nombreuses et les plus importantes.

Avant de les étudier, nous croyons utile de grouper dans un même tableau toutes les variétés d'hystéropexies vaginales proprement dites.

Tableau des Hystéropexies vaginales proprement dites.

I. Le vagin ne sert pas à la fixation.

1° Procédé de Swiccicki.
2° Procédé de Candela.
3° Procédé de Guenther.

II. Le vagin sert à la fixation.

L'utérus peut être fixé *directement* au vagin, ou *indirectement*, par l'intermédiaire de ses *ligaments*.

A. — Procédés directs. — On peut les grouper en 3 méthodes :

1° *Méthode de Schücking*, qui comprend les procédés de :

1° Schücking, proprement dit.
2° Thiem.
3° Zweifel.
4° Törngren.
5° Braithwaite.

2° *Méthode de Mackenrodt*, avec les procédés de :

1° Mackenrodt, proprement dit.
2° Winter.
3° Steinbüchel.
4° Orthmann.
5° Le Dentu et Pichevin.
6° Knorre.

3° *Méthode de Dührssen*, avec les procédés de :

1° Dührssen, proprement dit.
2° Sänger.
3° Jacobs.

B. — Procédés indirects. — Voir : *Fixation vaginale des Ligaments ronds* (1re Partie).

*
* *

1° Procédé de Swiccicki (1891). — Le cul-de-sac antérieur du vagin est ouvert. L'utérus est réduit; puis la plaie est *tamponnée* avec de la gaze imbibée d'alcool. L'auteur se propose de produire une *inflammation adhésive*, amenant la fixation de l'utérus en avant.

2° Procédé de Candela (*Hystérogastrorrhaphie vaginale*). — L'utérus est soigneusement désinfecté. Une canule-aiguille est nécessaire. On introduit cette canule dans la cavité utérine et on soulève l'utérus jusqu'au contact avec la paroi abdominale. On pousse alors, au niveau d'un des angles de l'utérus, l'aiguille, qui traverse d'abord le muscle utérin, puis la *paroi abdominale*. Avec cette aiguille, on passe un premier fil, qu'on fait ressortir par le vagin. Un deuxième fil est passé de la même façon, au niveau de l'autre angle utérin. Les deux chefs vaginaux sont noués ensemble; on tire sur un des chefs abdominaux, pour faire passer le nœud par le trou de la paroi, de façon à n'avoir plus qu'un fil, qu'il suffit alors de nouer sur une plaque quelconque.

3° Procédé de Guenther (1896). — Ce procédé est désigné sous le nom de *Ventro-fixation vaginale de l'utérus*. Il consiste en effet à fixer l'utérus à la paroi, en passant les fils fixateurs dans l'utérus, puis à travers la paroi, par l'ouverture d'une colpotomie antérieure. L'opération peut se résumer ainsi. Colpotomie antérieure et ouverture du cul-de-sac péritonéal, dans une étendue de 6 centimètres environ. L'utérus et les annexes sont alors attirés au dehors. Une anse de fil, placée de chaque côté, à travers le ligament rond, puis, 3 centimètres plus loin, à travers le ligament large, est ensuite passée à travers la *paroi abdominale* au-dessus du pubis. L'aiguille armée du fil est glissée sur la main droite, introduite dans l'ouverture de la colpotomie. Les deux fils une fois placés, sont ensuite noués solidement sur la paroi abdominale. On les enlève le dixième jour.

4° Procédé de Schucking (1888). — La vessie est vidée, le col fortement abaissé avec une pince de Museux. Une grosse sonde utérine est introduite dans l'utérus, pour le réduire et le maintenir en antéversion. Il introduit alors jusqu'au fond de l'utérus un *porte-aiguille spécial*, dans lequel l'aiguille est cachée et ne sort que lorsqu'on le veut. On fait tirer le col en bas et un peu à gauche, de sorte que le fond de l'utérus se porte à droite. Le doigt placé dans le vagin se rend compte de la situation de l'extrémité de l'instrument à travers la paroi vaginale et la paroi utérine. L'aide place alors une sonde dans la vessie et refoule l'organe sur la gauche. L'opérateur, à ce moment, pousse lentement l'aiguille et saisit le fil qui paraît, avec un crochet. En retirant le porte-aiguille, le fil ressort d'une part, dans le cul-de-sac vaginal, d'autre part, par le col de l'utérus. Il suffit alors de nouer les deux chefs par un nœud de chirurgien (*Fig.* 189).

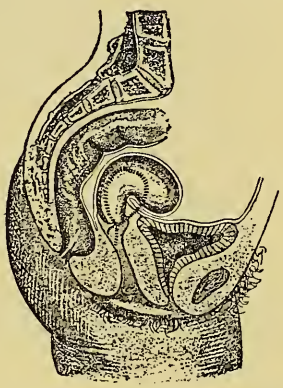

Fig. 189. — Procédé de Schücking.

Après avoir employé la soie comme fil fixateur, Schücking employa le crin de Florence (1890) ; puis, pour éviter plus sûrement de blesser la vessie, il adopta la méthode de Zweifel, consistant à inciser transversalement le cul-de-sac vaginal antérieur (1891).

5° Procédé de Thiem (1889). — Ce chirurgien n'apporte au procédé de Schücking qu'une légère modification pour le passage du fil. Il passe d'abord l'*aiguille non enfilée* à travers la paroi utérine et le cul-de-sac vaginal. L'aiguille est alors enfilée ; un chef du fil est maintenu dans le vagin, pendant qu'on retire l'aiguille, qui entraîne, dans l'utérus, puis à travers le col, l'autre chef.

6° Procédé de Zweifel (1890). — Il pratique au thermo-cautère une *incision transversale du cul-de-sac antérieur* du vagin et fait refouler la vessie en haut. Il introduit l'aiguille courbe de Schücking et met l'utérus en antéversion, en dirigeant le fond vers l'incision vaginale. Plaçant alors le doigt sur la vessie, qu'il refoule en haut, il fait saillir l'aiguille à travers la paroi utérine, puis à travers la paroi vaginale (lèvre antérieure de l'incision). Le fil ainsi passé sert à entraîner un fil de soie double résistant. Une extrémité de ce fil double passe par le museau de tanche ; l'autre pend dans le cul-de-sac antérieur. Le chef cervical est fixé sur le col à l'aide

d'une petite plaque de plomb et d'un grain de plomb perforé. En tirant sur le chef vaginal, on amène l'utérus en antéversion et on fixe ce chef de la même façon, au moyen d'une *plaque de plomb* et d'un grain de plomb perforé. Le vagin est ensuite suturé; le fil fixateur est laissé six semaines en place.

7° Procédé de Törngren (1891). — Pour rendre le placement du

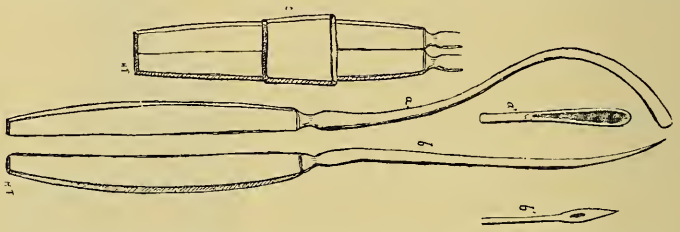

Fig. 190. — Sonde et aiguilles destinées à l'hystéropexie vaginale par le procédé de Törngren. — *Légende* : *a*, cathéter cannelé de Törngren; *a'*, cannelure du cathéter; *b*, aiguille de Törngren; *b'*, pointe de cette aiguille; *c*, manche des deux instruments, accolés dans une douille glissante.

fil fixateur antérieur plus sûr, Törngren a fait construire une sorte d'*hystéromètre cannelé* (*Fig.* 190), qu'il introduit dans la cavité

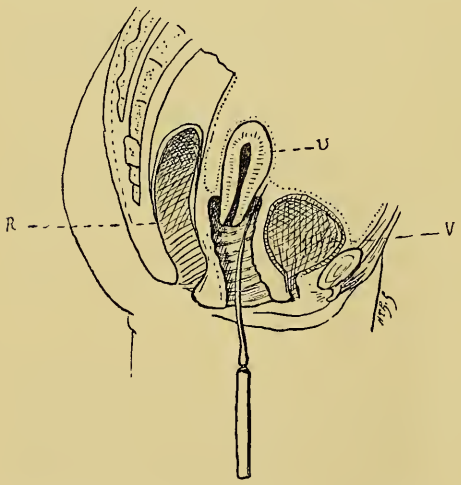

Fig. 191. — Hystéropexie vaginale (*Premier temps*) par le procédé de Törngren. — *Légende* : R, rectum; U, utérus V, vessie. — L'aiguille est dans le cul-de-sac antérieur.

utérine, et il transfixe le cul-de-sac antérieur avec une *aiguille armée* (*Fig.* 191), dont la pointe traverse la paroi antérieure de l'utérus et vient se cacher dans la rainure du cathéter (*Fig.* 192). Il assujettit le cathéter et l'aiguille l'un à l'autre au moyen d'une sorte de douille glissante (*Fig.* 190); enfin en soulevant contre

le pubis les deux instruments accolés (*Fig* 193), il parvient

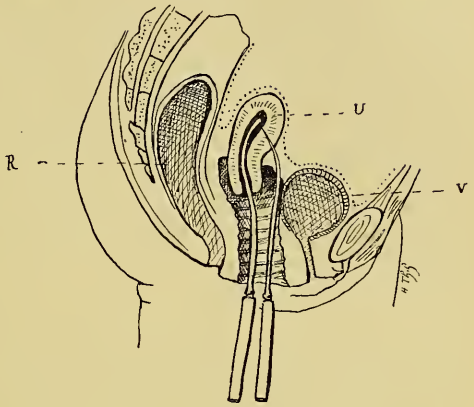

Fig. 192. — Hystéropexie vaginale (*Deuxième temps*) par le procédé de Törngren. — *Même Légende.* — Aiguille dans le cul-de-sac antérieur et sonde cannelée introduite dans l'utérus.

à faire sortir par le museau de tanche la pointe de l'aiguille et le fil (*Fig.* 194).

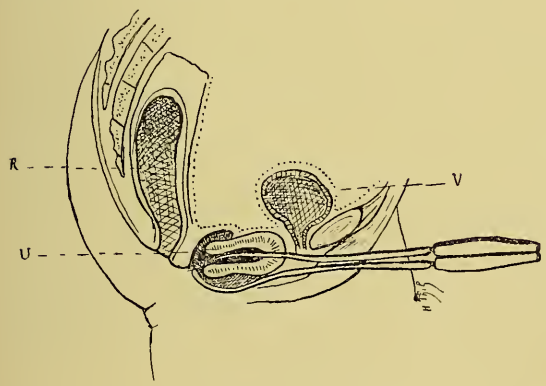

Fig. 193. — Hystéropexie vaginale (*Troisième temps*) par le procédé de Törngren. — *Même Légende.* — Bascule de l'utérus.

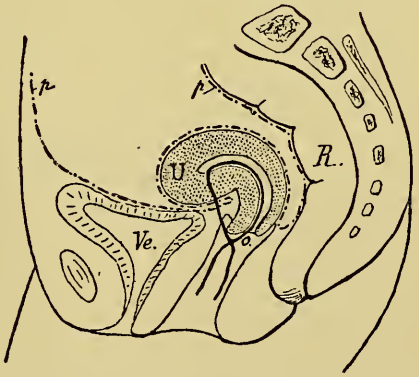

Fig. 194. — Hystéropexie vaginale. — Résultat obtenu par le procédé de Törngren. — *Légende* : V, vessie; U, utérus; R, rectum ; *o*, fil placé dans l'utérus ; *pp*, péritoine.

8° Procédé de Braithwaite (1892). — L'utérus a été *dilaté* ; le

cul-de-sac antérieur est ouvert, l'utérus décollé de la vessie, puis du péritoine, autant que possible. Le doigt introduit dans l'utérus le ramène en antéversion. On passe ensuite un gros *fil de soie transversalement* dans le fond de l'utérus et à travers le péritoine décollé, qui est resté adhérent au milieu de la face antérieure de l'utérus. Les deux chefs de ce fil sont ensuite passés à travers la *lèvre antérieure du col* et noués vigoureusement, de façon à amener une antéflexion de l'organe. Le cul-de-sac vaginal est ensuite suturé au catgut par-dessus le fil de soie. On fait porter un pessaire de Hodge pendant quelque temps.

9° Procédé de Mackenrodt (1893) (1). — La portion vaginale du col est *amputée*, si c'est nécessaire, et l'utérus *curetté*.

Avec deux pinces tire-balles, placées sur la lèvre antérieure du col, on abaisse facilement celui-ci et l'attire à travers la vulve. Avec une autre pince placée sur le tubercule antérieur du vagin et tirée en haut, on fait tendre la paroi antérieure du vagin et le cul-de-sac antérieur. On pratique ensuite une *incision médiane, partant en avant du tubercule antérieur de l'urèthre et se portant en arrière sur le col*. Les deux lèvres vaginales de l'incision sont disséquées à droite et à gauche et la vessie apparaît dans la plaie. Pour décoller la vessie, on la remplit d'eau; puis on la saisit avec une petite pince au-dessus de la portion vaginale du col, et on incise le septum vésico-vaginal aussi largement que possible, afin de pouvoir ultérieurement attirer facilement l'utérus dans l'ouverture. On décolle la vessie de la face antérieure de l'utérus, jusqu'au cul-de-sac péritonéal; puis on la décolle de son propre revêtement, c'est-à-dire du feuillet antérieur du cul-de-sac vésico-utérin. Ce décollement fait, on vide la vessie. On procède ensuite à l'oblitération du cul-de-sac vésico-utérin, puis à la vagino-fixation.

Oblitération du cul-de-sac. — Un peu au-dessus du pli de réflexion du péritoine sur la face antérieure de l'utérus, on passe deux fils à travers le cul-de-sac péritonéal et à travers l'utérus. Ces deux fils se croisent obliquement sur la ligne médiane, de façon à former une croix quand on les noue. Une fois noués, en exerçant sur leurs extrémités une traction continue, on attire l'utérus dans la plaie et on peut ainsi placer, au-dessus des fils, deux autres fils, pour oblitérer au-dessus le cul-de-sac péritonéal. On applique ainsi successivement de 3 à 8 ligatures croisées, jusqu'à ce que le cul-de-sac vésico-utérin soit complètement oblitéré.

(1) Nous résumons la dernière description donnée par l'auteur, en tenant compte de toutes les modifications apportées, ou acceptées par lui, à son procédé primitif.

Vagino-fixation.— On fait ou non une colporrhaphie antérieure. Habituellement on se contente d'exciser à droite et à gauche un lambeau triangulaire de la paroi vaginale disséquée, de façon à allonger cette paroi en rapprochant les bords. Avec les fils de l'oblitération, on amène l'utérus dans la plaie et on place une soie résistante le plus haut possible, près du fond de l'organe ; on passe ensuite le fil à travers les bords de la plaie vaginale, de façon à la fermer en l'accolant à l'organe. Le premier fil placé et noué, on en met un second, et ainsi de suite, en se rapprochant du col. Quand la plaie vaginale est bien complètement suturée, l'opération est terminée. Le vagin est tamponné et la malade gardée 15 jours au lit.

10° Procédé de Winter (1893).— L'auteur a apporté au procédé primitif de Mackenrodt un certain nombre de modifications, dont quelques-unes ont été acceptées par l'auteur de la méthode.

1° Il faut donner la plus grande fixité possible à la paroi vaginale antérieure, et, dans ce but, commencer l'opération en faisant une *large colporrhaphie*.

2° Placer les *fils fixateurs le plus près possible du fond de l'utérus*, d'une part ; et, d'autre part, *le plus près possible de l'orifice de l'urèthre*.

3° Employer des *fils* fixateurs, qu'on laissera *à demeure*, en ayant soin de les placer dans l'épaisseur de la paroi vaginale.

11° Procédé de Steinbuchel (1893). — Il opère comme Mackenrodt, mais *prolonge autant que possible, vers l'urèthre, l'incision* longitudinale. *Il n'ouvre pas le cul-de-sac péritonéal*, mais décolle le péritoine de l'utérus le plus haut possible, afin d'accoler au vagin l'utérus cruenté et non l'utérus recouvert de séreuse.

12° Procédé de Orthmann (1893). — L'auteur emploie la mé-

Fig. 195. — Pince sonde de Orthmann.

tho de de Mackenrodt ; mais, afin de bien maintenir l'utérus en antéversion et sur la ligne médiane, pour le suturer en bonne situation, il a fait construire une *pince-hystéromètre* (*Fig.* 195). Une des

branches de cette pince se termine par deux griffes comme une pince de Museux; l'autre se termine par un hystéromètre mousse et fortement coudé. La branche hystéromètre est destinée à être introduite dans la cavité utérine, et la branche munie de griffes, à maintenir le col. L'utérus ainsi saisi, ne peut déraper et est facilement maintenu en antéversion.

13° Procédé de Pichevin et le Dentu. — C'est une modification des procédés de Mackenrodt et de Dührssen. Une incision longitudinale est menée d'avant en arrière, du tubercule antérieur du vagin à son insertion sur le col. La vessie est décollée, puis le cul-de-sac péritonéal ouvert, afin de bien exposer la face antérieure de l'utérus. Cet organe est saisi et maintenu réduit au moyen d'une pince spéciale, analogue à celle de Orthmann. On placera d'abord les fils *abaisseurs*, puis les fils *fixateurs*. Les fils abaisseurs ont pour but d'attirer l'organe dans la plaie vaginale; ils ont une *direction longitudinale* par rapport à l'axe de l'organe. On les placera successivement de bas en haut, c'est-à-dire du col vers le fond. Alors seulement seront placés les fils fixateurs, dont la direction est *transversale*.

Un premier fil est introduit dans la paroi vaginale, le plus près possible de l'angle antérieur de l'incision, et à un centimètre en dehors de l'incision. De là il pénètre dans le tissu utérin, le plus près possible du fond, chemine transversalement dans une étendue de quinze millimètres, enfin traverse de nouveau la paroi vaginale, de la profondeur vers la surface, encore à un centimètre de l'incision. Deux ou trois fils sont placés de la même façon.

Ce procédé n'exclut pas les colporrhaphies, les périnéorrhaphies, l'amputation du col, si ces opérations se trouvent indiquées.

14° Procédé de Knorre (1896). — Il adopte le procédé de Mackenrodt, mais il fait l'*incision vaginale* en ⊥ (T renversé) et fixe l'utérus aussi haut que possible au vagin. Le dernier fil doit remonter au moins à deux centimètres au-dessus de l'orifice interne du col. Enfin, pour allonger le vagin, il *réunit l'incision en* ⊥ *sur une seule ligne longitudinale*.

15° Procédé de Duhrssen (1893)(1). — Le vagin est désinfecté et l'utérus *curetté*. Le col est fortement attiré en bas par un aide. Le chirurgien fait alors, au niveau de l'insertion vaginale du col, une *incision transversale*, superficielle, d'un centimètre. Il agrandit, d'un

(1) Nous rapportons ici la technique de l'auteur, d'après ses dernières descriptions.

centimètre de chaque côté, cette première incision. Il en saisit la lèvre supérieure, qu'il fait fortement tirer en haut, puis, avec le doigt, il sépare la vessie du col utérin (*Fig.* 196). Pendant ce décollement, une sonde ou un fort hystéromètre est introduit dans la cavité utérine et confié à un aide, dans le but d'amener l'utérus au contact du doigt de l'opérateur. L'aide devra avoir grand soin de maintenir

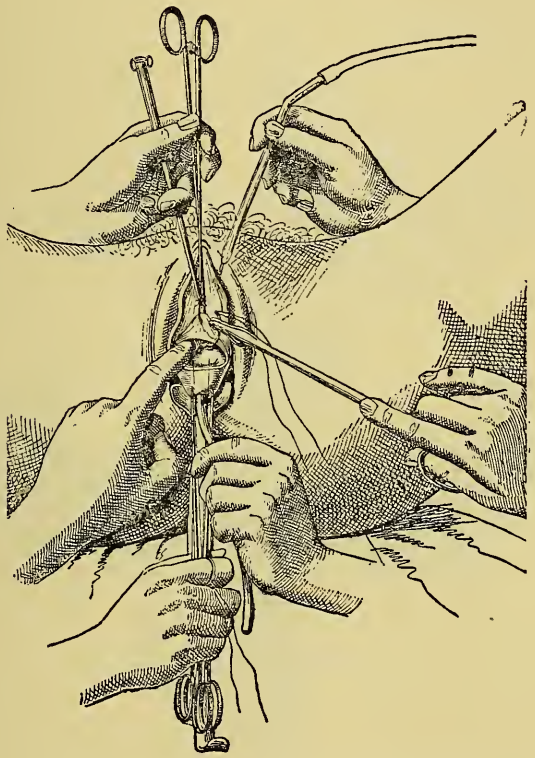

Fig. 196. — Procédé de Dührssen. — Décollement de la vessie du col utérin.

la sonde sur la ligne médiane et de s'assurer que le bec de la sonde ne quitte pas le fond de l'utérus. L'utérus isolé se présente donc dans la plaie. L'opérateur passe alors, transversalement, un fil de soie dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'utérus. Ce fil n'est pas serré; mais les deux chefs sont noués ensemble, de façon à former une *anse qui servira à l'abaissement* (*Fig.* 197). L'aide saisira ce fil et tirera en bas. Les pinces de Museux seront alors supprimées. Au-dessus de ce premier fil abaisseur, on en placera deux ou

trois autres, le dernier aussi haut que possible, c'est-à-dire vers le fond de l'utérus. Au moyen de tractions exercées sur ces fils, on amène l'utérus en antéversion ; il n'y a plus alors qu'à le suturer dans cette nouvelle position.

Dührssen place trois *fils fixateurs*, dont la disposition est la suivante : ils entrent à la face postérieure du lambeau vaginal supérieur, tout près de l'incision, et se portent verticalement en haut ; ils

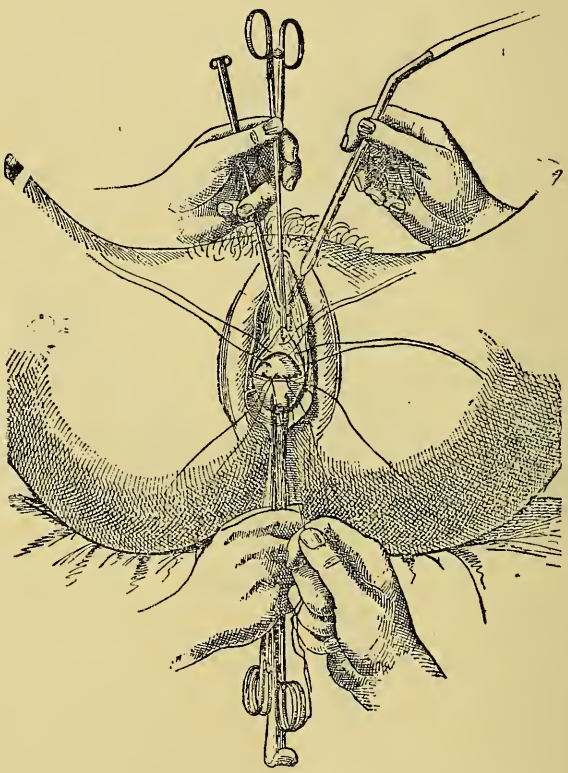

Fig. 197. — Procédé de Dührssen. — Placement des fils sur le col.

traversent toute la paroi vaginale, la muqueuse exceptée, et vont ressortir un peu plus haut ; enfin ils traversent la paroi utérine antérieure, au niveau du fond ; ce sont donc des fils à direction longitudinale antéro-postérieure, et qui une fois noués, se trouvent dans l'intérieur du décollement. Lorsque ces fils sont noués (*Fig.* 198), on retire les fils abaisseurs, et on ferme l'incision transversale du vagin avec un *surjet*.

16° Procédé de Sænger (1890).— Sänger incise transversalement le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. Il *dilate ensuite l'utérus*, et y introduit le doigt pour l'amener en antéversion dans la plaie. Il fixe enfin le corps de l'utérus au vagin avec des fils d'argent. Il réunit alors la plaie vaginale suivant une ligne verticale, transformant ainsi la plaie transversale du cul-de-sac vaginal en une suture longitudinale, destinée à allonger la paroi

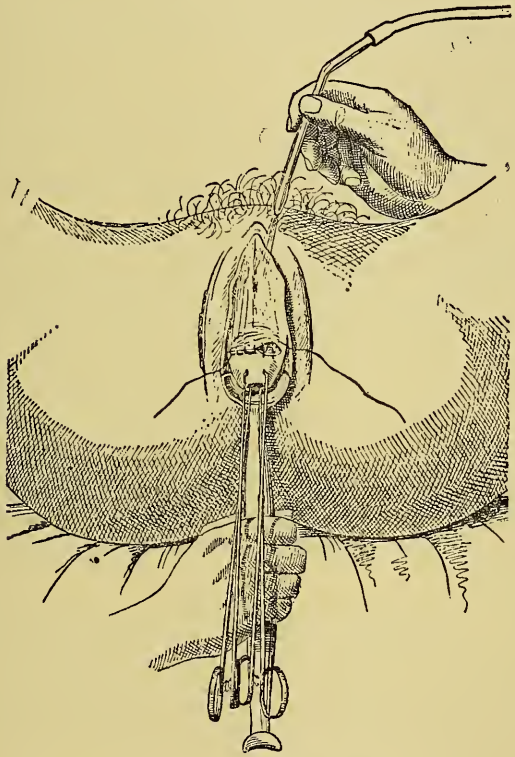

Fig. 198. — Procédé de Dührssen. — Fils noués (1).

vaginale antérieure, et par suite à repousser le col dans sa situation normale.

A cette hystéropexie vaginale antérieure, il ajoute une *trachélopexie postérieure* ou *rétrofixation du col*. Il exécute cette partie de l'opération de la façon suivante.

Il place une pince tire-balles sur la lèvre postérieure du col, et

(1) Clichés des *Annales de Gynécologie*.

abaisse fortement l'utérus. Il cherche à se rendre compte, avec un doigt introduit dans le rectum, de la situation des ligaments de Douglas qu'il se propose de comprendre dans l'anse de son fil. Alors à l'aide d'un porte-aiguille, il passe, avec une forte aiguille courbe, un gros fil de soie qui traverse le col d'un côté de la pince tire-balles, dans une étendue d'un centimètre, atteint les ligaments utéro-sacrés par leur face externe, puis passe par-dessus et en dedans de ces ligaments, croise la face antérieure du rectum et ressort enfin à travers la paroi vaginale postérieure, à un centimètre et demi au-dessous du point d'entrée. Un fil analogue est placé symétriquement de l'autre côté; enfin les deux fils sont noués. Le placement de ces fils est rendu facile, en dirigeant l'aiguille avec un doigt introduit dans le rectum. Ces fils de soie restent en place six semaines. Quant on les retire, ils sont remplacés par des cicatrices solides.

17° Procédé de Jacobs (1893). — Il fait une incision transversale au cul-de-sac antérieur du vagin, décolle la vessie de l'utérus, jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'il se garde d'ouvrir. Il fait alors fortement abaisser le col de l'utérus et procède à la fixation. Dans ce but, il place ses sutures *verticalement*, de la même façon que Dührssen. Ces sutures comprennent toute l'épaisseur de la paroi vaginale, moins la muqueuse, et une épaisseur d'un à deux centimètres de tissu utérin. Ce sont donc des *sutures perdues*. Par-dessus il suture la plaie vaginale par deux rangées de sutures. Enfin, pour consolider encore la fixation, il pratique, à la manière de Sänger, la rétrofixation du col.

Suites. — Pendant l'opération, le chirurgien devra toujours avoir présent à la mémoire les accidents qui peuvent se produire : tels la *blessure de la vessie* ou des *uretères* pendant le décollement de l'utérus ; la *perforation de l'utérus* pendant sa réduction, si le cathéter employé est trop petit, etc.

Après l'opération, on a signalé quelques *troubles du côté de la miction*. Mais le reproche capital que l'on puisse faire à l'hystéropexie vaginale, est que cette opération prédispose aux avortements, et, si la grossesse arrive à terme, elle devient une cause grave de dystocie.

Les soins consécutifs n'offrent rien de spécial. Le vagin sera tamponné pendant 48 heures, puis on donnera trois injections vaginales de sublimé par 24 heures. Les fils seront laissés en place, puisque ce sont des catguts.

Indications. — Ce sont les mêmes indications que pour l'opération d'Alexander, qu'on devra toujours préférer, pour cette raison, que l'hystéropexie vaginale s'oppose à la grossesse, et que ses résultats définitifs ne sont pas plus certains que ceux de l'opération d'Alexander.

Cependant, dans certains cas, on devra préférer l'hystéropexie vaginale, quand on pourra avoir un intérêt quelconque à explorer les annexes directement, ou bien, chez certaines femmes grasses, quand l'*opération d'Alexander aura échoué*; ou bien, quand on aura des raisons de craindre de rencontrer des *ligaments ronds par trop rudimentaires*.

Ses contre-indications seront les mêmes que pour le raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds : adhérences solides, affections des annexes, etc.

Il résulte de ce qui précède, que l'hystéropexie vaginale sera rarement indiquée. Pour notre part, nous ne la pratiquons que comme *opération complémentaire*, quand, par exemple, nous intervenons pour une métrite, une déchirure du périnée, etc.

CHAPITRE VI.

618.14.82.17
DILATATION DE L'UTÉRUS.

Définition. — Par dilatation de l'utérus, on entend en particulier la dilatation du col utérin, dans le but de permettre d'explorer la cavité utérine avec le doigt, ou de pratiquer des opérations cavitaires à travers le col.

Variétés. — La dilatation peut être *lente* ou *rapide*.

I. — **Dilatation lente.** — La dilatation lente s'obtient en introduisant dans le col utérin des substances destinées à augmenter de volume sous l'influence de l'imbibition des liquides utérins.

C'est ainsi qu'on emploie les tiges de *laminaire* (*Fig.* 199), les tiges de *Tupelo* (racine de la Nyssa aquatica) ou de *gentiane*, les *éponges préparées*. De ces différentes substances, les tiges de LAMINAIRE doivent avoir la préférence. Leur emploi remonte à 1862, époque à laquelle Sloan en démontra les avantages. La dilatation lente avait été préconisée et rendue classique par Simpson, dès 1844.

A. MANUEL OPÉRATOIRE CLASSIQUE. — Le vagin aura été désinfecté avec soin, comme s'il s'agissait de pratiquer le curettage.

Le chirurgien aura à sa disposition des tiges de laminaire cylindriques (*Fig.* 199 et 200) ou coniques (*Fig.* 201, 202 et 203) qui

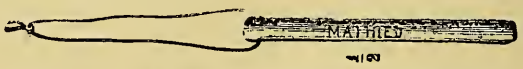

Fig. 199. — Laminaire cylindrique, de petite dimension.

auront séjourné au moins 48 heures dans l'éther iodoformé, un spéculum de Cusco ou une valve de Sims, une pince à pansement et

Fig. 200. — Laminaire cylindrique, employée ordinairement, avec son fil.

une pince à abaissement. La malade sera placée dans la position

dorso-sacrée ; par le toucher, on se rendra compte de la direction de l'utérus, puis on appliquera le spéculum, qui permettra de voir le col et de le saisir par sa lèvre antérieure, avec la pince à abaissement.

La laminaire sera alors introduite avec la pince à pansement (*Fig.* 204), et en la poussant dans la direction connue de l'utérus. On fera bien, pour en rendre l'introduction plus facile, de lui donner

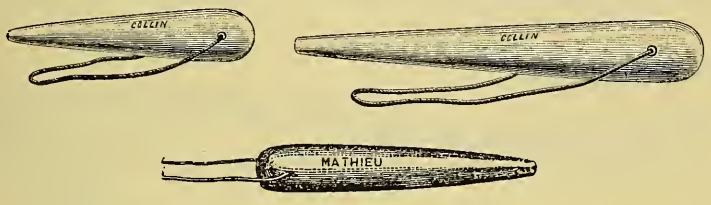

Fig. 201, 202 et 203.— Laminaires coniques (Modèles Collin et Mathieu).

une légère courbure. La première laminaire, ainsi introduite, sera aussi petite que possible (n° 8 de la filière Charrière). La dilatation sera acquise au bout de 8 à 10 heures ; on pourra alors la remplacer par une deuxième laminaire plus grosse (de 14 à 16 de la

Fig. 204. — Pince pour l'introduction des éponges et des tiges de laminaire.

filière), enfin par une troisième, mesurant 20 à 22 de la filière. Cette dernière devra rester en place au moins 24 heures ; elle produira une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de l'index.

Il en résulte qu'il faut 40 heures pour dilater un utérus par la méthode lente.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Vuilliet (1886). — Il fait la dilatation, en introduisant dans la cavité utérine des petits tampons d'ouate iodoformée, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une amande ; chaque tampon est muni d'un fil. Ces tampons sont laissés en place 48 heures. On les change alors, et on en introduit dans la cavité utérine un nombre plus grand. On continue ainsi la dilatation, jusqu'à ce que toute la cavité utérine soit rendue visible ; 8 à 10 tamponnements sont nécessaires.

Par ce procédé on obtient une dilatation bien plus considérable.

2° Procédé de Landau (1887). — Au lieu de tampons d'ouate iodoformée, Landau emploie des bandes de gaze iodoformée.

II. — **Dilatation rapide ou immédiate.** — Cette dilatation s'obtient au moyen d'instruments.

On peut distingner ces instruments en *instruments divulseurs*, tels

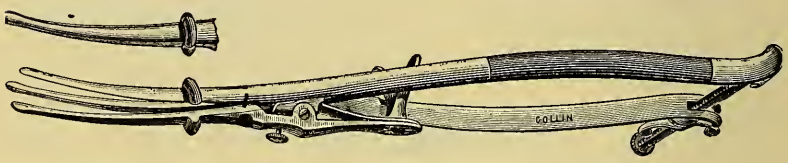

Fig. 205. — Dilatateur de Sims.

que les dilatateurs de Sims (*Fig.* 205), Ellinger, Collin (*Fig.* 207),

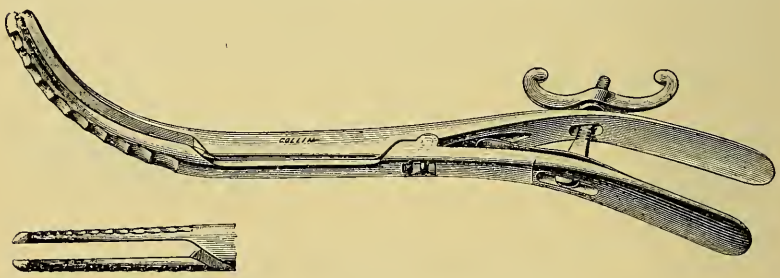

Fig. 206. — Dilatateur utérin de Pichevin.

Pichevin (*Fig.* 207), Schultze etc. ; et *Dilatateurs proprement dits :*

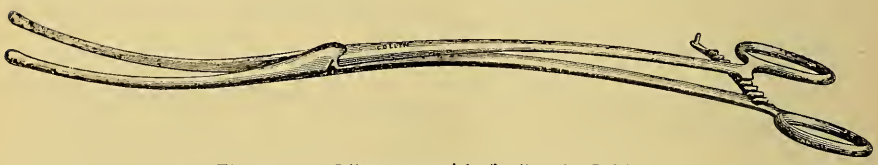

Fig. 207. — Dilatateur utérin flexible de Collin

ceux de Tait, qui sont coniques ; ceux de Hanks qui sont ovoïdes ; ceux de Peaslee, qui ressemblent à des bougies métalliques ; ceux de Fritsch qui ressemblent à des cautères en faisceaux ; enfin ceux de Hégar (*Fig.* 208, 209 et 210), qui sont adoptés par la plupart des

chirurgiens. Les bougies de Hégar croissent de 1 millimètre par numéro ; le n° 1 a 2 millimètres, et dans la pratique on ne dépasse guère le n° 18. Ce numéro permet l'introduction du doigt. Les bougies

Fig. 208. — Dilatateur de Hégar.

de Hégar existent en gomme, en caoutchouc durci, en celluloïd, en verre, en métal. On doit donner la préférence à ces dernières, en raison de la facilité avec laquelle on peut les stériliser.

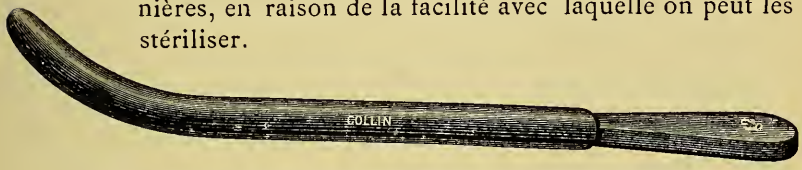

Fig. 209. — Un des mandrins de Hégar, en ébonite, gradués par millimètres.

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir le curettage.

Elle est placée dans la position dorso-sacrée, les jambes forte-

Fig. 210. — Mandrin de Hégar tout en métal nickelé.

ment soulevées. Avec les bougies de Hégar, on aura fait stériliser pour la dilatation, deux écarteurs vaginaux et une pince à abaissement (*Fig.* 211). Après s'être assuré, par le toucher, de la situation et de la direction de l'utérus, le col utérin

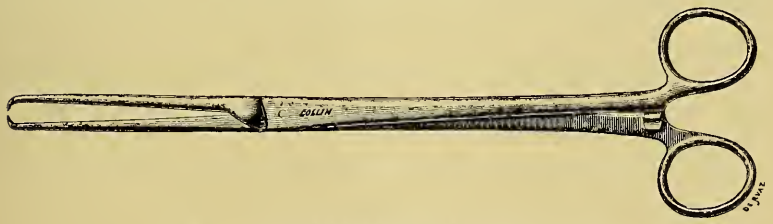

Fig. 211. — Pince à abaissement à une seule griffe.

sera découvert au moyen des écarteurs vaginaux, et sa lèvre antérieure sera saisie avec la pince à abaissement. On introduira dans la cavité utérine la plus grosse bougie qui puisse

passer librement. Il sera inutile de graisser les bougies, comme on le recommande habituellement, avec de l'huile phéniquée ou de la vaseline liquide stérilisée, et on continuera, en augmentant d'un numéro. Chaque bougie devra être laissée de une à trois minutes en place. Parfois il arrivera que le numéro suivant ne pourra pas être introduit. On reviendra alors au numéro précédent, en agissant doucement et sans force. Il en résulte qu'une dilatation complète d'un col normalement fermé peut durer une heure, et même davantage. Dans certains cas même, la dilatation ne pourra être poussée plus loin que le n° 12 ou 14, sans exposer à des déchirures du col.

Pour ces raisons, on a cherché à combiner les deux méthodes de dilatation. La veille, on place une petite laminaire, qui commence la dilatation et amène un ramollissement spécial du col, qui le rend facilement dilatable. On sera sûr de pouvoir le lendemain terminer rapidement la dilatation avec les bougies. On aura ainsi combiné les deux méthodes, en prenant les avantages de chacune.

Cette façon de procéder est aujourd'hui la plus répandue.

Suites. — On peut, en introduisant la première laminaire ou la première bougie dilatatrice, faire une *fausse route*, qu'on dilatera au lieu et place de la cavité utérine. On évitera cet accident, en reconnaissant, avant de faire la dilatation, la direction du canal utérin. Des accidents septiques graves ont été signalés. Ils étaient presque toujours dus aux mauvaises préparations des tentes dilatatrices. L'*éponge préparée* est, à ce point de vue particulièrement dangereuse.

Indications. — On peut avoir à dilater l'utérus, soit pour pratiquer l'*exploration digitale* de sa cavité, soit pour faire une *opération intra-utérine* (curettage, énucléation ou morcellement de fibrome, etc.).

La méthode lente doit être considérée comme la méthode de choix, en raison de sa sécurité absolue. On peut cependant lui préférer la méthode mixte aussi efficace, aussi sûre, et plus rapide.

CHAPITRE VII.

618.14.82.4

LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES PAR VOIE VAGINALE.

PLAIES DU COL DE L'UTÉRUS.

Définition. — Les plaies du col sont accessibles par le vagin. Elles peuvent s'accompagner de l'ouverture accidentelle d'un des culs-de-sac péritonéaux.

Manuel opératoire. — Les plaies du col n'offrent rien de particulier. Les hémorrhagies auxquelles elles donnent naissance, sont parfois assez abondantes, et c'est contre elles que l'on est quelquefois appelé à intervenir. Le sang est fourni par les artères vaginales et par les autres collatérales de l'artère utérine. On devra d'abord tenter la *suture* de la plaie.

Cette suture réussira presque toujours et aura, en outre, l'avantage de reconstituer le col et de lui rendre sa forme normale. On fera cette suture avec un fort *catgut*, qui traversera les deux lèvres de la plaie dans toute leur épaisseur. En cas d'échec, une suture, en surjet ou à points de boutonnière, assurera presque toujours l'hémostase. On terminera en pratiquant un bon tamponnement vaginal.

Si ces moyens échouaient, on aurait recours à la *ligature de l'artère utérine* du côté de la plaie (Voir *Discision* et *Ligatures atrophiantes*).

CHAPITRE VIII.

618.1477.85
DISCISION DU COL DE L'UTÉRUS.

Définition. — On donne ce nom à l'incision de tout le canal cervical ou seulement de son orifice externe.

Synonymie. — *Hystéro-stomatomie.* — *Trachélotomie.* — *Dilatation sanglante.*

Historique. — Simpson (d'Edimbourg) pratiqua le premier cette opération, en 1883, pour remédier à un cas de dysménorrhée. Jobert, Kennedy, Oldham, Malgaigne, etc., repétèrent l'opération; mais elle a été surtout vulgarisée et étudiée par Sims.

Technique opératoire. — La discision peut, dans certains cas, se borner au débridement de l'orifice externe, lorsque le canal cervical a été dilaté de dedans en dehors par un polype, un fœtus, etc. Il suffit alors de découvrir le col, de saisir sa lèvre antérieure, puis de pratiquer, à droite et à gauche, une incision d'un à deux centimètres, destinée à sectionner l'orifice externe. Mais cette méthode ne peut être appliquée à tous les cas. Lorsqu'on se trouve en présence d'un col normal, pour pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut pratiquer l'incision de tout le museau de tanche et, pour cela, recourir à l'opération réglée de Schroeder (1881) ou de A. Martin (1887), sous le nom de *discision du col.* On peut considérer cette opération comme la discision proprement dite.

A. — Manuel opératoire typique. — La malade a subi la préparation qui doit précéder toute intervention vaginale. Le vagin et le col ont été savonnés et désinfectés avec soin. Le chirurgien aura à sa disposition une aiguille très courbe (modèle de A. Martin), une pince à abaissement, un bistouri, une paire de ciseaux et deux écarteurs vaginaux. (*Fig.* 212).

La malade sera placée dans la position dorso-sacrée, les jambes soulevées. Avec les écarteurs le col sera découvert, puis saisi par sa lèvre antérieure, au moyen d'une pince à abaissement. On procédera

alors (Schroeder) à la *ligature préalable des artères utérines* (1). Cette ligature se fait d'autant plus facilement que l'utérus est plus accessible et plus facile à abaisser. Avec la pince, on attirera l'utérus du côté opposé à celui où doit se faire la ligature et on l'abaissera en même temps. On cherche avec le doigt les battements de l'artère, que l'on trouve quelquefois; puis on enfonce à un travers

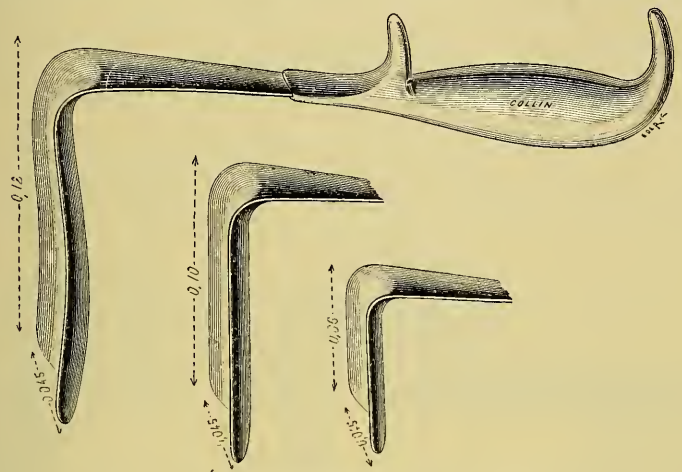

Fig. 212. — Écarteurs vaginaux de différents modèles

de doigt en dehors du col, sur une ligne qui passerait par son bord antérieur, l'aiguille courbe armée d'un fort fil de soie ; on fait cheminer l'aiguille dans l'épaisseur des tissus, le plus profondément possible ; puis on la dirige en arrière, vers le cul-de-sac postérieur du vagin. On la fait ressortir le plus près possible de son orifice d'entrée. Le fil ainsi passé est noué vigoureusement. En plaçant un fil semblable du côté opposé, on a réalisé l'hémostase préventive du col de l'utérus.

C'est alors qu'on pourra pratiquer l'incision bilatérale de tout le museau de tanche. On incise d'abord le col à droite et à gauche, jusqu'aux insertions vaginales sur le col. On introduit le doigt ; s'il ne pénètre pas dans la cavité utérine, on introduit le bistouri boutonné dans l'orifice du col, jusque dans la cavité utérine ; puis on sectionne de dedans en dehors le museau de tanche de chaque côté. On fait ainsi un premier débridement peu considérable ; puis on

(1) Cette désignation de Schrœder, répétée par A. Martin, nous paraît être un abus de langage. Nous ne pensons pas qu'on puisse, même en abaissant fortement le col, passer un fil au-dessus de la crosse que forme l'artère utérine. Tout au plus prend-t-on dans la ligature es rameaux de l'artère qu se rendent au col et au vagin ; ce qui explique l'efficacité de cette ligature.

cherche à introduire le doigt dans l'utérus. Si on ne peut réussir, on pratique un deuxième, puis un troisième débridement, jusqu'à ce que le doigt puisse être introduit en entier.

Quand l'exploration ou l'opération intra-utérine est terminée, il faut recoudre les plaies faites au museau de tanche. Cette suture prendra toute l'épaisseur de la tranche de section du col. Le premier fil sera passé au niveau du cul-de sac vaginal et sera porté vers l'orifice interne ; on continuera ensuite la suture jusqu'à l'orifice externe. Enfin on placera un drain dans le canal cervical, pour éviter toute coarctation.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de S. Pozzi (1896).— Cet auteur propose de *supprimer les ligatures artérielles* au bout de 2 ou 3 heures, surtout en prévision d'une ligature possible de l'uretère.

2° Procédé de Sims (1865). — Ce chirurgien fait la discision de la façon suivante. Avec des ciseaux coudés sur champ, il incise le

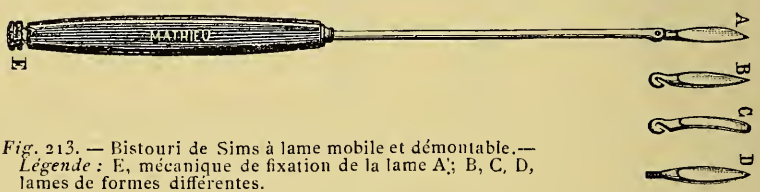

Fig. 213. — Bistouri de Sims à lame mobile et démontable.— *Légende :* E, mécanique de fixation de la lame A; B, C, D, lames de formes différentes.

col à droite, puis, à gauche. Pour cela il introduit une des lames des ciseaux dans l'orifice du col, jusqu'à ce que l'extrémité de l'autre lame arrive au niveau de l'insertion du vagin sur le col. Cela fait, il engage son métrotome (*Fig.* 213), dans le canal cervical, et sectionne tous les tissus qui s'étendent de l'orifice utérin jusqu'à l'incision faite au col. — On désigne encore l'opération de Sims sous le nom de *discision sagittale*, lorsque la discision porte en arrière seulement, comme il le recommande pour des cas d'antéflexion (*Fig.* 214).

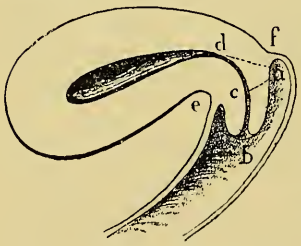

Fig. 214. — Procédé de Sims. —Discision sagittale du col dans l'antéflexion cervicale. (D'après Pozzi).

3° Procédé de Hégar (1885). — Il ne pratique pas l'incision du col, sauf dans les cas où ce dernier est hypertrophié, et se contente d'introduire dans le museau de tanche un bistouri boutonné, à lame étroite, et d'inciser de dedans en dehors. Au niveau de l'orifice interne,

l'incision n'aura que 2 ou 4 millimètres de profondeur, puis elle deviendra de plus en plus profonde à mesure qu'on s'approchera de l'orifice externe, où elle devra mesurer de 19 à 15 $^{m}/^{m}$ de profondeur.

4° Procédé de Gusserow (1865). — Après avoir fait l'incision bilatérale du col, il fait encore une incision antérieure et postérieure.

5° Procédé de Kehrer. — Il fait une *discision rayonnante*. Après avoir divisé le col en deux lèvres, il sectionne chacune des lèvres en trois ou *quatre fragments*. L'orifice externe se trouve alors largement ouvert et présente la forme d'une *étoile*.

6° Procédé de Nott. — Il fait la *discision bilatérale des commis-*

Fig. 215, — Opération de Nott (1er *temps*). — *a*, tracé de la section bilatérale de Sims ; *b*, tracé d'amputation du col.

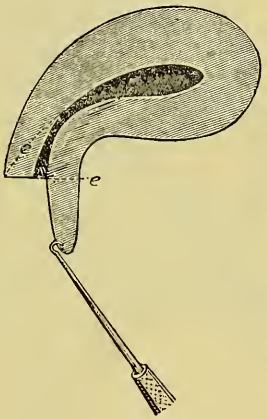

Fig. 216. — Opération de Nott (2e *temps*). — c, section de la lèvre postérieure ; *e*, lèvre antérieure.

Fig. 217. — Opération de Nott (3e *temps*). — Les deux lèvres sont amputées. — *d*, éponge dans la cavité utérine.

sures (*Fig.* 215), puis saisit la lèvre antérieure, introduit un bistouri boutonné dans le canal cervical et pratique une incision de la paroi postérieure, incision d'abord superficielle, puis finissant par occuper toute l'épaisseur de la lèvre postérieure (*Fig.* 216). Il introduit une tente éponge dans la cavité utérine et entre les lèvres de l'incision; termine enfin en amputant la lèvre antérieure (*Fig.* 217).

7° Procédé de Defontaine (1898). — L'auteur lui donne le nom d'*Hystérotomie sphinctérienne*, qui précise parfaitement le but de l'opération. Le col est saisi par sa lèvre antérieure et abaissé au moyen de deux pinces. Le cul-de-sac vaginal antérieur est incisé trans-

versalement (*Fig.* 218) et la vessie rapidement décollée, comme dans l'hystérectomie vaginale. On fait alors une incision médiane antérieure du col jusqu'à l'entrée de la cavité utérine. (*Fig.* 219). On fait alors le curettage de cette cavité et on en pratique le tamponnement, en prenant bien soin de laisser une mèche de gaze entre les deux lèvres de l'incision.

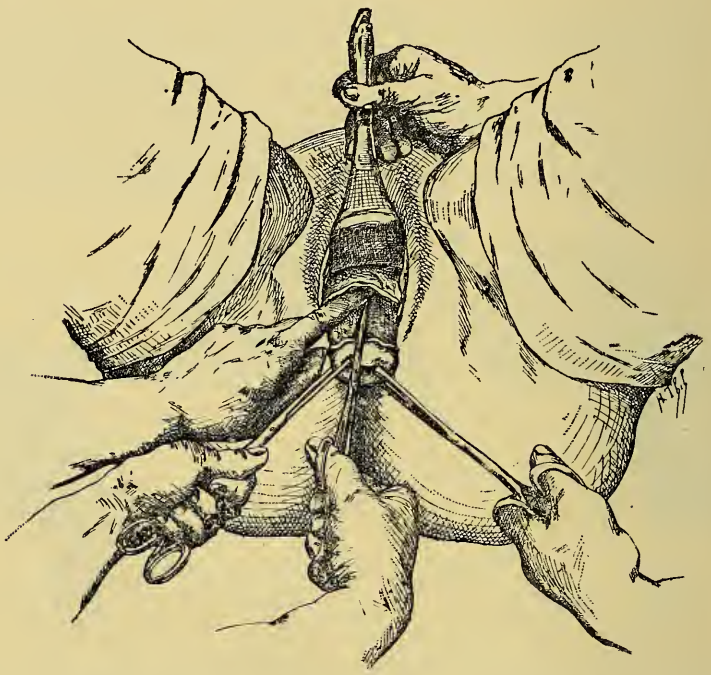

Fig. 218. — Hystérotomie sphinctérienne de Defontaine. — La vessie et le péritoine sont décollés. L'index gauche les relève ainsi que la muqueuse vaginale détachée du col. Cet index guide les ciseaux, dont une branche en avant du col et l'autre dans sa cavité, vont le sectionner sur la ligne médiane.

Suites. — Elles seront simples. La difficulté sera de maintenir le résultat de la discision. Le meilleur moyen est de pratiquer le drainage du col utérin incisé, avec un gros drain en caoutchouc. Sims fait un tamponnement avec de l'ouate imbibée de glycérine, etc.

Pendant l'opération, on pourra craindre l'*hémorrhagie*, si on n'a pas fait l'hémostase préventive. Les hémorrhagies secondaires sont plus fréquentes.

On a signalé l'*ouverture du péritoine* ou du tissu cellulaire périutérin, la *section d'un uretère*, enfin tous les *accidents septiques*,

depuis la périmétrite jusqu'à la péritonite septique. Mais ces accidents peuvent être évités.

Indications. — La discision peut être indiquée dans la *dysménorrhée*, et pour remédier à certains cas de *stérilité*. La discision sagittale est réservée aux cas d'antéflexion.

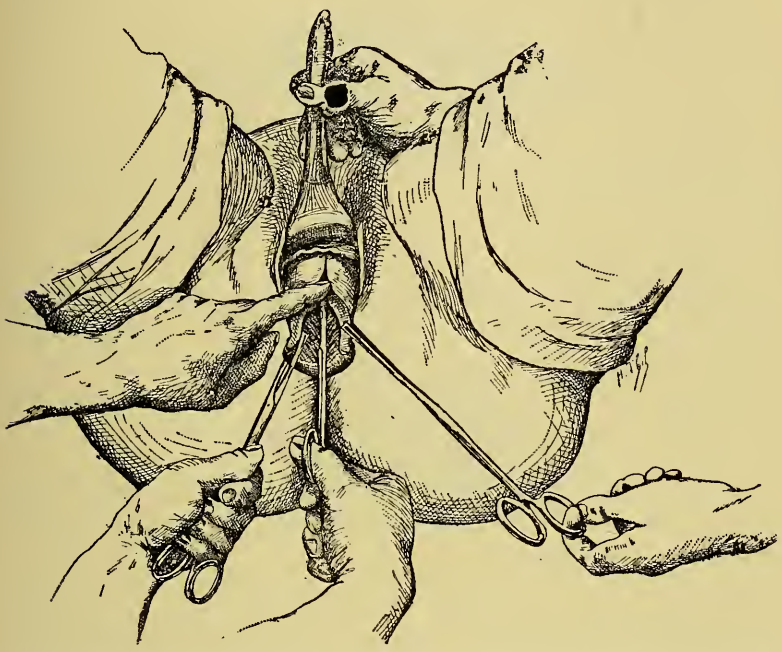

Fig. 219. — Hystérotomie sphinctérienne. — La section sphinctérienne est terminée; l'index gauche, placé à son extrémité, sur la commissure formée par la paroi utérine, guide les instruments à introduire dans la cavité du corps de l'utérus.

Dans les cas de *myomes interstitiels*, la discision fait cesser les hémorrhagies. Enfin on y aura recours chaque fois qu'on sera en présence d'un fibrome en voie d'énucléation, d'une *fausse couche avec rétention de l'œuf.*

Comme contre-indication, on reconnaît l'état inflammatoire des ligaments larges, des annexes et du péritoine pelvien.

CHAPITRE IX.

618.1476.86

STOMATOPLASTIE.

Définition. — Cette opération a pour but d'obtenir la *dilatation permanente* du museau de tanche. C'est donc une Discision définitive.

Historique. — Tous les procédés de discision sont souvent inefficaces, en raison de la cicatrisation rapide des incisions pratiquées au col. Pour éviter cet inconvénient, Courty, avant 1880, puis Küster, en 1885, eurent l'idée de pratiquer une *autoplastie* du col, destinée à empêcher la réunion des lèvres de la plaie. Leur exemple fut suivi par Dudley, Nourse, Reid, Pozzi, etc.

Technique opératoire.— La malade est préparée comme pour subir une amputation du col. On aura à sa disposition les mêmes *instruments*.

A. Manuel opératoire type : Procédé de Kuster. — La malade étant dans la position de la taille, est anesthésiée. On découvre le col avec les écarteurs et on saisit la lèvre postérieure avec deux pinces érignes placées près des deux commissures. Avec les ciseaux droits, on sectionne la lèvre postérieure en son milieu, en ayant soin de prolonger la section jusqu'au cul-de-sac vaginal. On écarte l'un de l'autre les deux lambeaux obtenus, puis avec le bistouri on taille dans le centre de chaque lambeau,un fragment en forme de pyramide, dont la base répond à la surface de section et dont le sommet se porte en dehors, de chaque côté, vers les commissures. Lorsque les deux fragments sont enlevés, la lèvre postérieure se trouve donc évidée dans toute son étendue et principalement sur la ligne médiane. Il en résulte que l'orifice du col est agrandi. Pour maintenir cette dilatation, on suture séparément les deux lèvres résultant de l'incision médiane, en adossant les surfaces avivées par l'excision du lambeau prismatique. La lèvre postérieure du col reste donc bifide et amincie.

On placera dans le col un drain en caoutchouc qu'on laissera en place pendant huit jours. Par-dessus on pratiquera un léger tamponnement du vagin avec de la gaze stérile.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Courty (1881). — Dési-

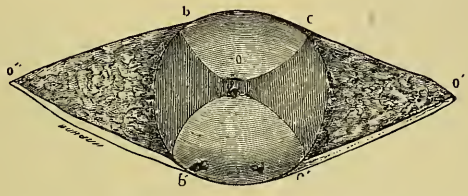

Fig. 220. — Autoplastie par formation de commissures artificielles de Courty. — Dissection des deux lambeaux de muqueuse, latéraux, triangulaires *c c' o'*, *b b'*, *o''*; orifice ponctué ou circulaire O.

gné par l'auteur sous le nom d'*autoplastie par formation de commissures artificielles*. — Il taille des lambeaux de muqueuse

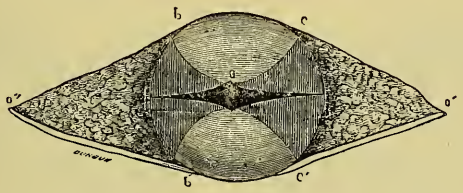

Fig. 221. — Incision bilatérale profonde, s'étendant de l'orifice étroit circulaire O, jusqu'au milieu de la base des lambeaux triangulaires *c c' o'*, *b b' o''* (Courty).

triangulaires, dont le sommet répond à l'orifice utérin (*Fig.* 220, O), et la base (*b b'*; *c, c*), au cul-de-sac vaginal. Il dissèque et ren-

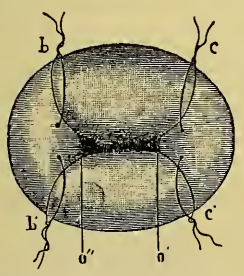

Fig. 222. — Les pointes des lambeaux *o' o''* enfoncées dans les commissures. — Quatre fils métalliques, deux en haut (*b, c*), deux en bas (*b', c'*), retiennent les lambeaux dans les commissures (Courty).

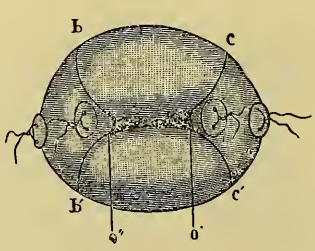

Fig. 223. — Les pointes des lambeaux *b o'' b'*, *c o' c'* enfoncées dans les commissures et retenues par une suture en bouton de chaque côté (Courty).

verse ces lambeaux (*Fig.* 220), puis incise le col de chaque côté

dans toute sa hauteur (*Fig.* 221). Ecartant alors l'une de l'autre la lèvre antérieure et postérieure, il insinue dans l'angle de section chaque lambeau, en le rabattant et en le maintenant fixé, soit avec un simple fil (*Fig.* 222), soit au moyen de deux boutons de chemise reliés par un fil (*Fig.* 223 et 224).

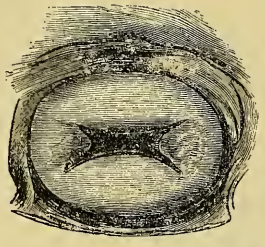

Fig. 224. — Aspect de l'orifice et de ses commissures après l'ablation des fils (Courty). — Plus on s'éloigne du moment de l'opération, plus la pointe des lambeaux est profondément attirée par la rétraction de la cicatrice et plus l'ouverture se régularise.

2° Procédé de Dudley. — L'utérus est, au préalable, curetté et toutes les précautions antiseptiques sont prises. On sectionne alors aux ciseaux, puis au bistouri, la lèvre postérieure sur la ligne médiane, en dépassant l'insertion du vagin sur le col (*Fig.* 225). Chacune des lèvres de l'incision est alors repliée sur elle-même,

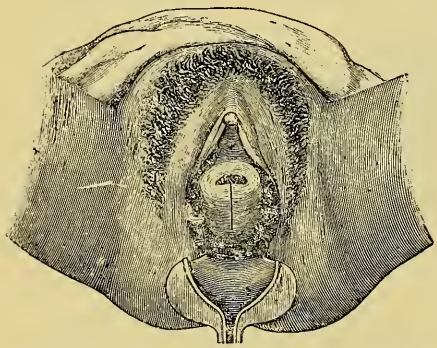

Fig. 225. — Opération de Dudley. — 1er temps. — Incision de la lèvre postérieure.

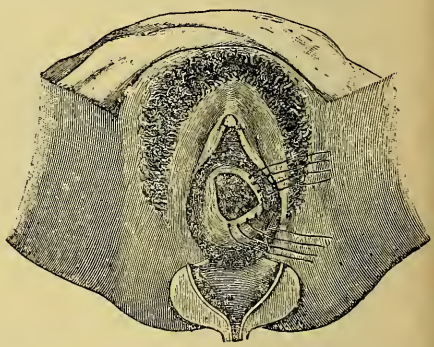

Fig. 226. — Opération de Dudley. — 2e temps. — Placement des sutures sur le lambeau gauche.

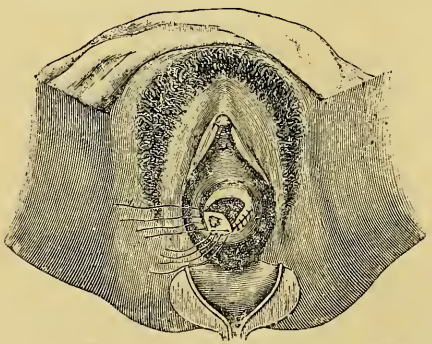

Fig. 227. — Opération de Dudley. — 3e temps. — La suture du lambeau gauche est achevée et les fils sont placés dans le lambeau droit, que l'on a commencé à replier sur lui-même.

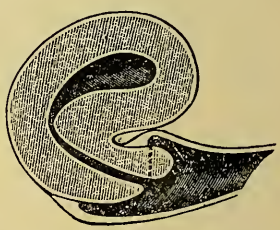

Fig. 228. — Opération de Dudley. — 3e temps. — Amputation de la lèvre antérieure du col. — Les lambeaux postérieurs sont repliés et suturés.

puis suturée avec des crins de Florence (*Fig.* 226 et 227). Le lambeau est replié sur lui-même, de façon à unir la partie avoisinant le museau de tanche à l'angle même de l'incision. On ampute alors partiellement la lèvre antérieure (*Fig.*228), de façon à lui donner la

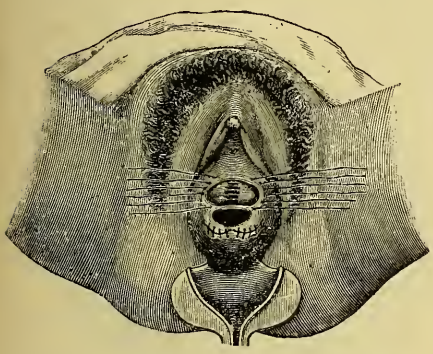

Fig. 229. — Opération de Dudley. — 3e temps. — Les sutures postérieures sont terminées, les fils sont placés dans le moignon de la lèvre antérieure.

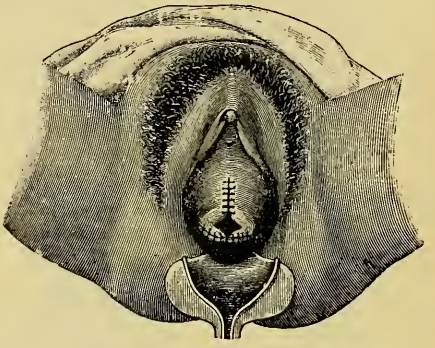

Fig. 230. — Opération de Dudley terminée.

même longueur que la lèvre postérieure raccourcie. On termine enfin l'opération, en suturant longitudinalement la plaie résultant de l'amputation de la lèvre antérieure (*Fig.* 229), de telle sorte que le col se trouve reconstitué et regardant en arrière (*Fig.* 230).

3° Procédé de Nourse (1896). — Cette opération s'adresse surtout aux *antéflexions*. Dans ce cas, la face postérieure est beaucoup plus

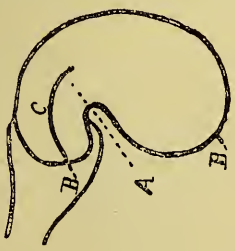

Fig. 231. — Procédé de Nourse. — *Légende :* A, angle de flexion; B B, points de repère montrant que la convexité est plus longue que la concavité; C, incision bilatérale du col jusqu'au point de flexion, destinée à supprimer la flexion.

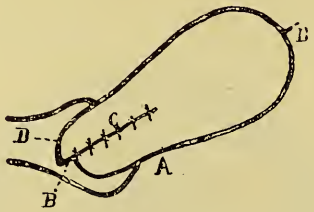

Fig. 232. — Procédé de Nourse. — Schéma montrant le redressement effectué et les distances BB rendues égales, sauf une légère saillie de la lèvre antérieure, indiquée en D.

longue que l'antérieure. Saisissant le col en avant et en arrière, il pratique deux incisions latérales, destinées à tailler deux lèvres, *antérieure* et *postérieure*. Les incisions sont menées aussi haut que pos-

sible, sans tenir compte des artères utérines, qu'on écarte, si on les rencontre (*Fig.* 231). Introduisant l'hystéromètre, la courbure en avant, suivant l'axe de flexion, on le retourne en arrière pour redresser l'utérus; en même temps, on fixe la lèvre antérieure du col et on tire sur la postérieure, de façon à les faire glisser l'une sur l'autre. Enfin on les suture dans leur nouvelle position, par des crins de Florence. La lèvre postérieure dépasse alors la lèvre antérieure; ce qui n'a pas d'importance (*Fig.* 232).

4° Procédé de Pozzi. — Il n'est autre que le procédé de Küster

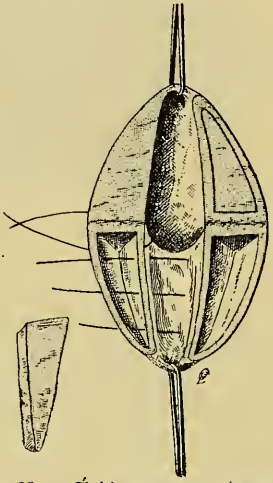

Fig. 233. — Évidement commissural du col (Pozzi). — A gauche et en bas, partie du col enlevée (Pozzi).

Fig. 234. — Évidement commissural du col. — Schéma montrant le résultat immédiat de l'opération.

appliqué aux deux commissures. Le col est incisé des deux côtés; les deux lèvres écartées pour montrer leur surface de section. On évide chaque partie avivée en enlevant un *coin* de tissu utérin (*Fig.* 233), puis on réunit séparément chacune des quatre surfaces évidées, en adossant par leurs faces cruentées la muqueuse utérine, et la muqueuse vaginale du col (*Fig.* 234). L'orifice externe est transformé en une fente transversale; on a fait au col deux déchirures latérales.

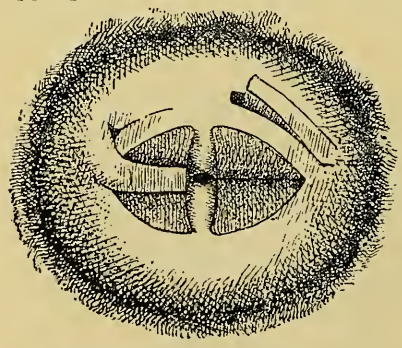

Fig. 235. — Procédé de Rossner.

5° Procédé de Rossner (1896). — Après avoir incisé le col de chaque côté et écarté les deux moitiés, il taille parallèlement au cul-de-sac vaginal, un petit lambeau à base répondant à l'incision, puis il fixe ce lambeau dans la commissure (*Fig.* 235).

6° Procédé de A. Mars (1897). — Ce n'est qu'une variante du pro-

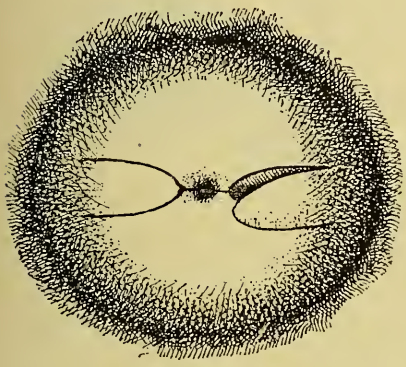

Fig. 236. — Procédé de A. Mars. — Incisions bilatérales.

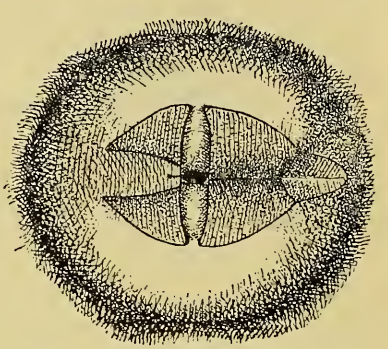

Fig. 237. — Procédé de A. Mars. — Lambeaux obtenus (1).

cédé primitif de Courty, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en examinant les figures ci-jointes (*Fig.* 236 et 237).

7° Procédé de Reed. — L'utérus est curetté ; puis la lèvre postérieure du col attirée en bas et sectionnée longitudinalement jusqu'au cul-de-sac vaginal (*Fig.* 238). On écarte les lèvres de l'incision et on pratique sur chacune d'elles la résection d'un lambeau triangulaire et prismatique, de façon que la perte de substance

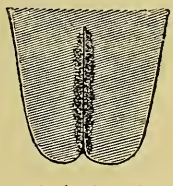

Fig. 238. — Opération de Reed. — 1er temps. — Incision de la lèvre postérieure du col.

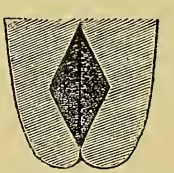

Fig. 239. — Opération de Reed. — 2e temps. — Résection d'un lambeau triangulaire sur chacune des lèvres de l'incision.

porte sur la face externe du col, sans intéresser la muqueuse endocervicale (*Fig.* 239).

(1) Clichés des *Ann. de Gynécologie.*

On passe un fil parallèlement à la section médiane, de manière à réunir transversalement chaque plaie longitudinale (*Fig.* 240). La lèvre postérieure du col se trouve donc raccourcie par sa surface externe : ce qui redresse l'angle de flexion dans l'antéflexion (*Fig.* 241).

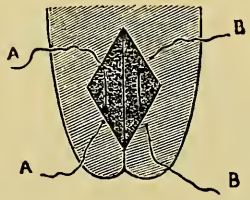

Fig. 240. — Opération de Reed. — 3e temps. — Manière de passer les fils A,B (Vue de face).

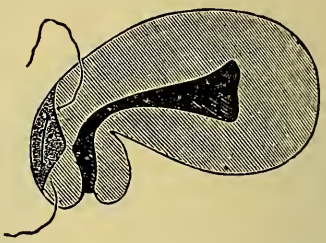

Fig. 241. — Opération de Reed. — 3e temps. — Manière de passer les fils (Vue de profil).

8° Procédé de Livet (1897). — Le col est dilaté et abaissé jusqu'à la vulve. Le canal cervical est divisé par 4 incisions en croix. Les quatre morceaux du col sont ensuite enlevés en coin, sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. Il reste une cavité conique, dont le centre correspond à la cavité utérine. On y place un drain qu'on maintient 8 à 10 jours.

Suites. — Elles seront absolument subordonnées aux précautions d'asepsie prises pour l'opération.

Indications. — Les différentes stomatoplasties s'adressent aux *sténoses du col*, sténoses par *hypertrophie* du col, sténoses par *flexion* du corps sur le col (surtout l'antéflexion). La stomatoplastie sera donc souvent une opération complémentaire du curettage de l'utérus, au même titre que l'amputation du col, qui, dans ces mêmes cas, se trouve également indiquée.

CHAPITRE X.

618.14.82.96

UTÉROPLASTIE.

Définition. — Cette opération a pour but de remédier aux flexions de l'utérus, par une autoplastie faite aux dépens de l'organe lui-même.

Historique. — Toutes les opérations, dirigées contre les rétroflexions de l'utérus, transforment une direction anormale en une autre direction anormale. Von Rabenau (1886), Doyen (1897), et Elischer (1898), se sont proposés d'agir sur la forme même de l'utérus et de lui rendre son aspect normal.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme si elle devait subir l'hystéropexie vaginale. — Les mêmes *instruments*, les mêmes aides seront nécessaires.

A. Manuel opératoire, d'après Elischer. — La malade sera placée dans la position de la taille et l'opération commencée comme pour exécuter l'hystéropexie vaginale par le procédé de Dührssen. L'utérus sera amené à la vulve avec des pinces. On pratique une incision courbe dans le cul-de-sac vaginal antérieur, pour séparer complètement la vessie de l'utérus, puis on poursuit le décollement jusqu'au péritoine, qu'on ouvre largement. On saisit alors la lèvre antérieure du péritoine, qu'on suture immédiatement à la tranche vaginale, de façon à recouvrir la vessie et à ne plus avoir à s'en inquiéter. Le fond de l'utérus est alors saisi, basculé en avant et attiré à la vulve.

L'organe se trouve donc en antéflexion légère ; on détermine le point de la flexion ; puis, au-dessous, on taille sur l'utérus un lambeau en U, large de deux centimètres et demi environ, et qu'on laisse très épais au niveau de son point d'insertion. Au-dessous de la place occupée par ce lambeau et dans la même longeur que le lambeau (environ 2 centimètres), on avive la face antérieure du col. On fait ensuite glisser le lambeau sur la partie avivée du col, et on le fixe par des points de suture. Cette suture doit être faite avec soin, au moyen de soies fines.

Lorsque ce lambeau est suturé, la rétroflexion se maintient corrigée. On refoule alors l'utérus dans le péritoine, on suture

la cavité péritonéale, puis l'incision vaginale, et on termine par un tamponnement du vagin.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de von Rabenau (1886). — Il incise le col de chaque côté, sur une hauteur d'un centimètre. Il ouvre ensuite le cul-de-sac antérieur et sépare la vessie de l'utérus. Il fait abaisser le col, puis excise la paroi antérieure de l'utérus dans une étendue de 4 centimètres environ, en laissant le col intact. Il suture ensuite la plaie utérine de haut en bas, pour obtenir un raccourcissement de la face antérieure de l'organe. Il s'y prend de la façon suivante. Une aiguille montée traverse la paroi vaginale antérieure, près de l'incision ; elle franchit l'étendue de la plaie utérine, traverse ensuite la paroi antérieure de l'utérus, près de la section, ressort dans la cavité utérine; enfin elle est attirée par le museau de tanche. En serrant le fil, on abaisse le fond de l'utérus près de l'incision vaginale et, en même temps, on refoule le col vers la partie descendue de l'utérus. On place d'autres fils sur les côtés, et on termine enfin l'opération, en suturant de chaque côté les incisions latérales faites au col.

2° Procédé de Doyen (1897). — L'opération varie, suivant qu'il s'agit d'une rétroflexion ou d'une antéflexion.

a) *Rétroflexion.* — Le cul-de-sac péritonéal est ouvert comme

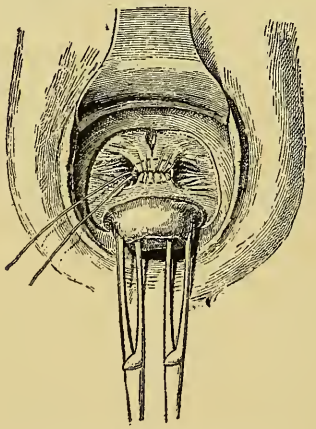

Fig. 242. — Procédé de Doyen. — Le premier fil est noué.

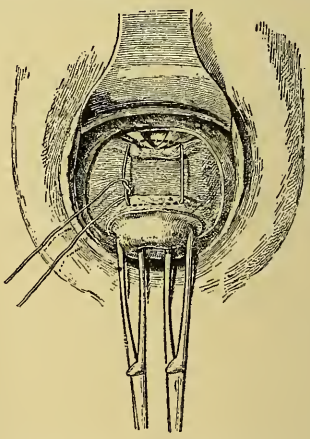

Fig. 243. — Procédé de Doyen. — Le premier fil est serré et noué.

pour le premier temps de l'hystérectomie vaginale; l'utérus est fortement abaissé : ce qui le redresse.On place alors une forte soie dont les deux chefs sont armés d'une aiguille courbe à chas fendu. Une des aiguilles est enfoncée dans le tissu utérin, au niveau de

la face séreuse de l'utérus, à 3 millimètres de profondeur, et de gauche à droite, faisant un trajet de 15 millimètres (*Fig.* 242). 15 millimètres plus bas, dans la portion sus-vaginale du col, la deuxième aiguille est introduite dans le même sens. Il suffit dès lors de nouer le fil à droite (*Fig.* 243), pour rapprocher les tissus compris dans l'anse du fil et raccourcir la face antérieure de l'utérus (*Fig.* 244). Par-dessus ce premier fil, on en place un deuxième plus haut et plus bas, et auquel, si on le juge à propos, on peut faire prendre latéralement le bord interne des ligaments larges. On termine l'opération, en suturant la plaie vaginale avec un crin de Florence (*Fig.* 245).

b) *Antéflexion.* — Dans ce cas, on ouvre le cul-de-sac de Douglas. On place un fil abaisseur dans la face postérieure de l'utérus, de

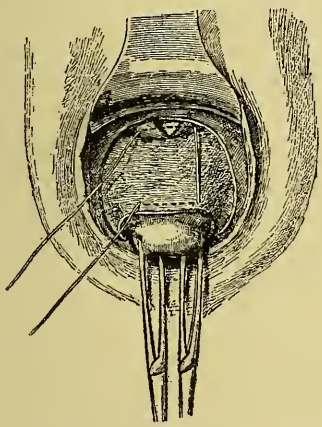

Fig. 244. — Procédé de Doyen. — Le cul-de-sac péritonéal antérieur est ouvert. — Application du premier fil.

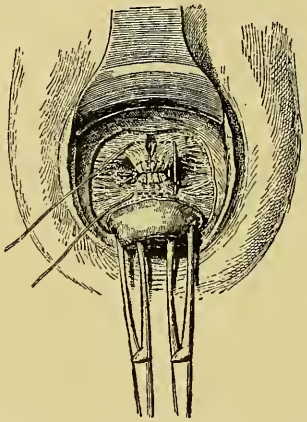

Fig. 245. — Procédé de Doyen. — Application du deuxième fil.

façon à rendre accessible l'angle de flexion, puis on place un premier fil comme précédemment, en introduisant l'aiguille aussi haut que possible, dans la face postérieure de l'utérus. Par-dessus ce premier fil on en place un second, qui prend en même temps les bords adhérents des ligaments larges.

Suites. — Les suites immédiates seront très simples, si l'opération a été conduite aseptiquement. On n'observe pas de *troubles dans la miction*, ou il sont absolument passagers. Enfin, pour plus tard, cette opération ne paraît pas devoir entraver la grossesse.

Indications. — Cette opération n'a encore été employée que contre les *rétroflexions* de l'utérus.

CHAPITRE XI.

618.1476.82

SCARIFICATION DU COL DE L'UTÉRUS.

Définition. — On donne ce nom aux scarifications du museau de tanche, pratiquées dans un but antiphlogistique et modificateur.

Historique. — La saignée locale, pour les affections de l'utérus, est fort ancienne. On la pratiquait au moyen d'applications de *sangsues* sur le col et au moyen d'*incisions* superficielles de la muqueuse.

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir le curettage. Deux écarteurs et un bistouri, monté sur un long manche, seront les seuls *instruments* nécessaires.

Manuel opératoire. — Il est inutile d'anesthésier la malade. Le col sera découvert au moyen des deux valves et saisi avec une pince érigne; avec le bistouri, on pratiquera des incisions plus ou moins profondes sur le museau de tanche. Autant que possible les incisions partiront de l'orifice externe du col, comme les rayons d'une roue. On fera suivre les scarifications d'une injection vaginale antiseptique, puis on tamponnera modérément le vagin, pour éviter une trop grande perte de sang.

Au lieu du bistouri, on peut employer des instruments spéciaux, appelés *scarificateurs*, ou une simple aiguille à cataracte, avec laquelle on larde le col (*Acupuncture* de Kristeller).

Suites. — On a quelquefois observé, à la suite des scarifications, des *hémorrhagies* et des *plaies du col* longues à guérir.

Indications. — Elles peuvent rendre des services dans les *métrites aiguës*, quand le col est congestionné et douloureux. On doit les répéter plusieurs fois, pour obtenir un résultat durable.

CHAPITRE XII.

618.14.82.1[≡6.+3.]

DRAINAGE DE L'UTÉRUS. — ÉCOUVILLONNAGE.

Définition. — Nous entendons par drainage utérin, un drainage prolongé de la cavité utérine. Si ce drainage est précédé d'un nettoyage énergique, pour débarrasser la muqueuse de ses produits de sécrétion, on l'appelle *écouvillonnage*.

Historique. — Ainsi compris, le drainage utérin est de création moderne. Fehling a fait construire des drains en verre sur le principe de son pessaire intra-utérin; Ahfeld a préconisé les drains de caoutchouc ordinaire ; Schwartz, des mèches en verre effilé agissant par capillarité. Enfin Fritsch a eu recours au seul drainage utile, au drainage capillaire avec la gaze iodoformée ; il le fait précéder d'un nettoyage énergique avec de petits tampons d'ouate montés sur des bâtonnets. Doléris a insisté encore sur le nettoyage, auquel il a donné le nom d'*écouvillonnage*.

Manuel opératoire. — 1° *Drainage capillaire* ou *tamponnement intra-utérin*. — Le col est découvert avec le spéculum et la lèvre antérieure du col saisie avec une pince à abaissement. Avec une pince à pansement, on entasse dans la cavité utérine, à travers le col, dilaté si c'est nécessaire, une lanière de gaze iodoformée, longue de 75 centimètres sur 2 à 3 centimètres de large. Cette lanière doit dépasser le museau de tanche et pendre dans le vagin. On la laisse en place 24 ou 48 heures; puis on la renouvelle, tant que le drainage est jugé utile.

2° *Écouvillonnage*. — Cette petite opération se fait au moyen d'un écouvillon, qui rappelle ceux dont on se sert pour laver les bouteilles.

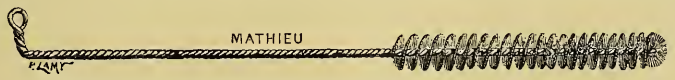

Fig. 246. — Ecouvillon de Doléris.

On se propose de brosser avec cet instrument l'intérieur de la cavité utérine(*Fig.* 246). On l'introduit dans le col par un mouve-

ment spiroïde ; on le dirige en divers sens, puis on le retire. On emploie successivement des écouvillons de plus en plus durs, pour amener un brossage plus énergique de la muqueuse utérine. On peut charger l'écouvillon de substances médicamenteuses.

Ces écouvillons doivent être désinfectés, soit par des ébullitions successives, soit par une immersion plus ou moins prolongée dans un liquide antiseptique.

Suites. — Elles seront nulles, si les instruments sont aseptiques, et si le vagin et le col ont été désinfectés avec soin.

Indications. — Cette petite opération remplacerait le curettage dans la *métrite catarrhale*, si l'affection est limitée au col. Elle est moins efficace que le curettage, que l'on devra préférer ; aussi est-elle rarement pratiquée.

CHAPITRE XIII.

618.14.82.3

CURETTAGE DE L'UTÉRUS.

Définition. — On donne ce nom au nettoyage de la cavité utérine et au raclage de la muqueuse utérine, au moyen de la curette.

Synonymie. — L'opération du curettage est encore désignée en Allemagne sous le nom de *curettement*. On dit encore le *curage*.

Historique. — Le curettage de l'utérus est une opération déjà ancienne et dont l'idée première est due à Récamier, qui inventa, pour le pratiquer, une curette longue et étroite, encore usitée

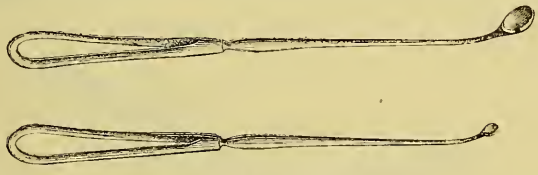

Fig. 247. — Curettes ou cuillers de Simon.

aujourd'hui dans certains cas. Cette opération fut abandonnée bientôt et ne sortit de l'oubli qu'à l'avènement de la chirurgie anti-

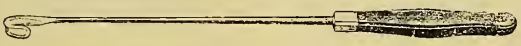

Fig. 248. — Curette mousse.

septique. Elle subit une impulsion nouvelle et les chirurgiens s'appliquèrent surtout à en perfectionner la technique, et inven-

Fig. 249. — Curettes de Sims, à bords tranchants.

tèrent des instruments appropriés à certains cas déterminés. C'est ainsi qu'on vit apparaître la cuiller tranchante (Simon) (*Fig.* 247);

la curette en boucle tranchante (Sims) (*Fig.* 249 et 250) ; la curette flexible et mousse (Thomas) (*Fig.* 248) ; la curette mousse (Roux, Martin, Pozzi) (*Fig.* 251), qui n'est qu'une modification de celle de Récamier.

Fig. 250. — Partie active de la curette de Sims.

Fig. 251. — Curette de Récamier-Pozzi, à bords émoussés.

Fig. 252. — Curette utérine à double courbure (Modèle Collin).

Fig. 253. — Curette utérine (Modèle Mathieu).

$\frac{1}{3}$

Fig. 254. — Curette à tranchants allongés (Mathieu).

Fig. 255. — Extrémité de la curette à bords allongés.

Fig. 256. — Curette à bords dentelés.

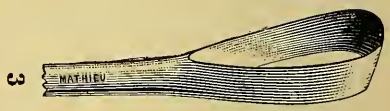

Fig. 257. — Curette à tranchant fenêtré.

Fig. 258. — Curette fenêtrée à bords très allongés.

Fig. 259. — Partie tranchante de la curette à double courbure.

Technique opératoire. — La préparation de la malade représente un des temps les plus importants de l'opération.

On devra choisir, pour faire l'opération, les premiers jours qui

suivront les règles. On aura prescrit des injections antiseptiques de sublimé et, immédiatement avant l'opération, on fera un nettoyage complet du vagin, savonnage, grand lavage au sublimé, nettoyage du col et des culs-de-sac vaginaux avec de la teinture d'iode.

La dilatation, quand elle sera nécessaire, aura été faite d'après les règles que nous avons données plus haut (V. p. 226).

Nous donnons la préférence à la dilatation par la méthode mixte : Petite laminaire placée la veille de l'opération, puis dilatation, au moment même de l'opération, avec les bougies dilatatrices de Hégar.

Instruments. — Le chirurgien, indépendamment des instruments spéciaux au curettage, devra avoir à sa disposition tous les instruments nécessaires pour pratiquer l'hystérectomie vaginale (1).

Ces *instruments* ont été énumérés plus haut. Le curettage en lui-même nécessite un jeu de bougies dilatatrices de Hégar, deux écarteurs, deux pinces à abaissement, une curette tranchante (*Fig.* 252 à 259), une curette émoussée, une curette de Récamier (*Fig.* 251), une pince à pansement de l'utérus, une paire de ciseaux.

On aura à sa disposition une solution de chlorure de zinc au dixième, enfin un tube de caoutchouc long de dix centimètres et ayant de 6 à 8 millimètres de diamètre.

Deux aides sont nécessaires pour tenir les jambes de la malade et les écarteurs.

A. Manuel opératoire. — L'opération est peu douloureuse et peut se faire sans endormir la malade ; mais on devra toujours pratiquer l'anesthésie, quand on ne trouvera aucune contre-indication. En effet, quand la malade sera endormie, il sera plus facile de compléter la dilatation avec les bougies de Hégar, et d'explorer la cavité utérine ; mais le plus grand avantage de l'anesthésie est de permettre un examen complet des annexes, qui sont toujours en cause chaque fois qu'il s'agit du traitement d'une métrite.

Lorsque la malade sera endormie, on la placera dans la position de la taille, les jambes fortement relevées et confiées aux deux aides, qui auront soin de garder une de leurs mains libre pour tenir les

(1) En effet, on ne doit jamais perdre de vue que souvent le curettage est *explorateur*, et qu'il peut révéler la présence d'un néoplasme pour lequel l'hystérectomie se trouve indiquée. En outre un accident opératoire du curettage (perforation, hémorrhagie, etc.), peut nécessiter l'ablation de la matrice.

écarteurs. Les écarteurs seront alors placés latéralement, et le col de l'utérus saisi par sa lèvre postérieure, au moyen d'une pince à abaissement. On abaissera fortement le col jusqu'à la vulve et on placera une deuxième pince sur sa lèvre supérieure. Avec ces deux pinces, dont l'une sera maintenue en haut et l'autre en bas, on tiendra le col béant, et l'on pourra facilement terminer la dilatation au moyen des bougies de Hégar. Cette dilatation devra toujours être poussée assez loin pour permettre l'introduction de l'index du chirurgien.

L'exploration de la cavité utérine bien dilatée est indispensable, avant de pratiquer le curettage : on peut ainsi découvrir l'existence de néoplasmes internes, dont la présence ne pouvait pas être soupçonnée, et pour lesquels le curettage est non seulement inutile, mais encore *absolument nuisible*. On doit, dans ces cas spéciaux, recourir immédiatement à l'opération radicale : l'*Hystérectomie*.

Lorsque l'exploration intra-utérine n'a rien relevé d'anormal, on se rendra compte de la direction générale de l'organe et on examinera encore attentivement les annexes. On pourra, alors seulement, procéder au curettage proprement dit.

On introduira la curette émoussée dans la cavité utérine et on raclera la muqueuse malade avec le bord tranchant de l'instrument. Après avoir passé la curette émoussée dans toutes les parties de l'utérus, on prendra la curette tranchante pour terminer l'opération. Le raclage se fera très méthodiquement, afin de ne pas laisser de portion de muqueuse sans avoir été curettée. La curette doit donc être menée jusqu'au fond de l'organe et ramenée vers le col, en suivant successivement la face postérieure, la face antérieure, les angles latéraux. On repassera plusieurs fois l'instrument à la même place, jusqu'à ce que l'on perçoive le *cri utérin*. Si l'utérus renferme beaucoup de fongosités, on devra interrompre le curettage et pratiquer un lavage à grande eau stérile de la cavité utérine. On recommencera alors le curettage, en insistant surtout au niveau des angles utérins, près de l'insertion des trompes. On fera bien d'employer, pour ce point délicat de l'opération, la petite curette de Récamier.

Lorsque toutes les fongosités ont disparu de la cavité utérine, et que le cri utérin aura été perçu sur toute la surface utérine, on pratiquera, avec la sonde à double courant, un grand lavage de la cavité utérine avec un liquide antiseptique. Nous employons le sublimé au millième ou le permanganate de chaux au millième. Après ce grand lavage, on pratiquera une sorte d'écouvillonnage de la cavité utérine avec une compresse de gaze hydrophile sèche.

Cette manière de faire a le double avantage de compléter le curettage et d'assécher la cavité de l'organe.

C'est alors qu'on aura recours aux liquides modificateurs, et surtout au chlorure de zinc. Ces liquides seront, soit injectés avec une seringue en verre aseptisée, soit appliqués directement au moyen de petits tampons d'ouate stérile. Ce dernier moyen est préférable; car on peut ainsi acquérir la certitude d'avoir porté le liquide sur tous les points de la surface muqueuse.

On terminera enfin l'opération par un grand lavage intra-utérin et on placera dans l'orifice du col le petit drain en caoutchouc. Ce drain servira à empêcher le col de se refermer et d'emprisonner les liquides qui seront sécrétés par la muqueuse curettée. On le laissera en place 48 heures seulement, si on n'a aucune raison de craindre l'atrésie du col. Dans le cas contraire, on le laissera en place 8 jours. On fera bien alors de le fixer au col par un crin de Florence.

B. Procédés spéciaux. — Telle est la façon de pratiquer le curettage dans l'endométrite, quand le but de l'opération sera de désinfecter la muqueuse utérine et d'en modifier la vitalité (curettage modificateur de Pozzi); mais le curettage pourra aussi, dans certains cas, être *destructeur*, s'il s'agit d'un cancer inopérable, ou *explorateur*, s'il s'agit seulement d'enlever une portion de la muqueuse, pour la soumettre à un examen histologique. Enfin il pourra être *évacuateur*, s'il s'agit par exemple d'enlever, par la curette, des débris de membranes ou du placenta, après l'accouchement.

Ces différents curettages méritent une mention spéciale, en raison des particularités anatomo-pathologiques présentées par la matrice.

1° **Curettage destructeur.** — Il constitue une opération détestable qu'on ne devra jamais pratiquer, que lorsque toute autre opération radicale sera impraticable. Son but est d'enlever avec la curette toutes les parties malades, en sculptant pour ainsi dire dans le tissu utérin. Dans ces cas, on devra employer une curette tranchante, mais à la condition de la manœuvrer avec douceur. C'est pendant les curettages de cette nature que l'on doit surtout redouter les *perforations* de l'organe et même les *blessures des organes voisins* (vessie et rectum) (Voir *Abrasion du col*).

2° **Curettage explorateur.** — Il pourra nécessiter l'emploi d'une curette tranchante. Le but, en effet, est d'enlever un fragment destiné à servir au diagnostic. Ce curettage doit être partiel : c'est une sorte de harponnage; un seul fragment suffit, et on ne doit pas oublier, dans un cas de diagnostic douteux, qu'on peut se trouver

en présence d'un néoplasme malin de la muqueuse (sarcome), qui se développe souvent avec une rapidité effrayante après le curettage.

3° **Curettage évacuateur.** — Après l'accouchement, l'utérus peut contenir des débris du placenta et des débris de membranes qui nécessitent le curettage. A cette période l'utérus est ramolli, flasque: sa cavité encore très agrandie. On devra donc employer des curettes mousses ou même des raclettes, et on agira avec prudence pour ne pas perforer l'organe. Le curettage, dans ces conditions, doit être pratiqué avec patience. On aidera la curette au moyen de petits tampons de gaze montés sur des pinces, et dont on se servira comme d'écouvillon. On se trouvera bien aussi d'irrigations intra-utérines très chaudes, qui feront contracter l'organe et combattront sa flaccidité. Enfin le liquide modificateur employé dans ces cas, comme dans tous les cas de septicémie, sera la *teinture d'iode*.

Suites. — Un curettage bien fait, quand il n'y a pas d'affections annexielles, est une opération sans gravité aucune ; les suites seront des plus simples.

On fera un léger tamponnement à la gaze iodoformée, et on laissera le tamponnement en place pendant 48 heures. Au bout de ce temps, on commencera les injections vaginales avec une solution de sublimé à 1 pour 5.000. On fera d'abord 4 injections ; puis 3 injections par 24 heures. On gardera la malade au lit pendant 10 jours ; puis on lui prescrira un repos relatif jusqu'après sa prochaine période menstruelle.

Les accidents de l'opération du curettage sont rares ; on a cependant mentionné un certain nombre de *perforations de l'utérus*, *hémorrhagies graves* et de *péritonites*.

La *perforation de l'utérus* ne sera à rêdouter que dans le curettage pratiqué après un avortement, une couche, ou lorsque le tissu de l'utérus sera altéré par un néoplasme. On l'évitera à coup sûr, en pratiquant le toucher intra-utérin, avant d'employer la curette. On se mettra ainsi en garde contre toute surprise, dans le cas où les commémoratifs feraient défaut. Du reste la perforation de l'utérus ne constituerait un danger redoutable que si l'utérus était atteint d'une affection septique. Dans ces cas l'hystérectomie pourrait se trouver indiquée. Dans les autres cas, la perforation n'a pas de conséquence grave, si la curette est bien stérile.

L'*hémorrhagie* n'existe, après le curettage, que si l'opération a été incomplète. On la fera cesser en recommençant l'opération.

D'ailleurs une injection intra-utérine chaude sera bien souvent suffisante.

Quant aux *péritonites* consécutives au curettage, elles n'existent pas. Ce sont des péritonites causées uniquement par le chirurgien, quand toutes les précautions antiseptiques ne sont pas prises.

Indications. — Le curettage est indiqué dans l'*endométrite* simple, lorsque les annexes ne sont pas malades. Il peut alors être *curateur*.

Mais la plupart du temps le curettage n'est que le complément d'une intervention vaginale plus complexe. C'est ainsi qu'il se trouve indiqué, lorsqu'on a enlevé des *polypes muqueux* du col, un *fibrome cavitaire*, etc. On le pratique aussi, avant de faire l'hystérectomie vaginale, dans le but de débarrasser le champ opératoire des microbes, qui existent toujours dans les sécrétions du col et du vagin.

Dans certains cas de *fibromes sous-muqueux*, dans la *métrite fongueuse*, le curettage peut être avantageusement employé contre les hémorrhagies. Mais dans ces cas, on devra toujours se mettre en garde contre l'éventualité possible d'un néoplasme de la muqueuse; car alors le curettage est absolument *contre-indiqué* et on doit faire l'hystérectomie vaginale.

On a conseillé avec raison le curettage au *début des lésions annexielles*. Il ne sera jamais dangereux, à la condition de faire une antisepsie rigoureuse. Dans le cas contraire, il pourra entraîner la mort par péritonite septique. Le curettage aura quelquefois une heureuse influence sur l'évolution des salpingites. Dans tous les cas, il sera toujours utile, en combattant les phénomènes de métrite.

A la dernière période des *cancers de l'utérus*, lorsque les hémorrhagies répétées épuisent les malades, ou lorsqu'elles sont infectées par la résorption des produits putréfiés à la surface de l'ulcération, le curettage est indiqué comme opération palliative. On pourra ainsi arrêter les hémorrhagies et améliorer l'état général des malades d'une façon inespérée.

CHAPITRE XIV.

618.14.82.94
VAPORISATION INTRA-UTÉRINE.

Définition. — On donne ce nom à l'emploi de la vapeur d'eau comme agent modificateur de la muqueuse utérine.

Historique. — Cette méthode a été préconisée par Snéguireff, vers 1895, pour traiter les métrorrhagies. Goubareff en a étudié la technique et précisé les indications (1897).

Technique opératoire. — Manuel opératoire, d'après Goubareff. — La malade a subi au préalable une désinfection complète du vagin ; elle est anesthésiée à l'éther ou au chloroforme, et placée dans la position de la taille, les jambes fortement soulevées.

Avec deux écarteurs, le col est découvert et saisi latéralement avec deux pinces à abaissement. On procède alors à une dilatation méthodique du col avec les bougies de Hégar. La dilatation faite, on explore avec le doigt la cavité utérine et on s'assure encore, par le palper bi-manuel, qu'il n'y a pas de lésions des annexes. On introduit alors un cathéter dans la cavité utérine (une sonde de femme par exemple) ; puis on met ce cathéter en communication avec une source de vapeur (un vaporisateur par exemple). La vapeur arrive bientôt dans la cavité utérine et on voit la muqueuse prendre un aspect blanchâtre et humide. Au bout *d'une minute au maximum*, on arrête le jet de vapeur. On assèche le vagin et on pratique un tamponnement lâche de ce conduit avec de la gaze iodoformée.

La malade gardera le lit pendant huit à 10 jours ; le tamponnement vaginal sera supprimé au bout de 48 heures, et remplacé par des injections vaginales antiseptiques.

Suites. — Le contact prolongé de la vapeur d'eau sur la *muqueuse utérine* peut en amener la *destruction* ; c'est pourquoi la vaporisation ne doit jamais dépasser une minute.

Indications. — La vaporisation constitue une méthode d'hémostase très puissante et un procédé physique de *désinfection*. On pourra donc y avoir recours dans les *métrorrhagies* persistantes, surtout quand le curettage utérin aura échoué. On peut employer la vaporisation au même titre que les solutions antiseptiques, après le curettage et les opérations sur le col utérin. Elle ne s'oppose pas à la réunion par première intention. Elle paraît efficace dans la *métrite du col*.

CHAPITRE XV.

618.1477.86

ABRASION DU COL UTÉRIN OU ÉVIDEMENT DE L'UTÉRUS CANCÉREUX.

Définition. — L'abrasion consiste à enlever, au moyen de la curette, les fongosités et les parties ramollies du cancer de l'utérus, lorsque l'opération radicale n'est pas possible.

C'est donc un curettage, qui dépasse les limites de la muqueuse utérine, entame le tissu musculaire de l'utérus et les tissus voisins envahis.

Historique. — C'est A. Martin qui a, le premier, donné une technique raisonnée de cette opération palliative (1889).

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale, en insistant sur la désinfection, aussi complète que possible, des tissus malades. On pratiquera dans ce but une grande irrigation antiseptique au sublimé, puis on touchera les parties bourgeonnantes avec de la teinture d'iode ou de l'alcool sublimé à un pour cent.

Les *instruments* nécessaires pour pratiquer cette opération seront : deux écarteurs vaginaux, deux pinces à abaissement, une curette tranchante, des aiguilles très courbes (modèle A. Martin) et de grandeurs différentes, et une aiguille courbe de Reverdin.

Manuel opératoire typique. — La malade sera anesthésiée et placée dans la position de la taille. Les parties malades seront mises à découvert au moyen des écarteurs vaginaux. Si les culs-de-sac vaginaux sont accessibles, on placera deux ligatures latérales (Voir *Discision*), destinées à faire l'hémostase provisoire. Ces ligatures en masse doivent être très fortement serrées, parce qu'elles comprennent parfois une grande épaisseur de tissu. Si les culs-de-sac vaginaux ne sont pas accessibles, on enlèvera rapidement, en deux ou trois coups de curette, les fongosités qui les mas-

quent, ou bien, s'ils sont eux-mêmes envahis, on placera quand même les ligatures à travers les tissus malades.

On procédera alors au curettage à fond des tissus malades avec la curette tranchante. On égalisera la surface de la plaie avec les ciseaux ; on touchera ensuite avec une solution antiseptique toutes les parties saignantes, puis on procédera à la suture de la plaie. Cette suture peut se faire de deux façons, suivant les cas.

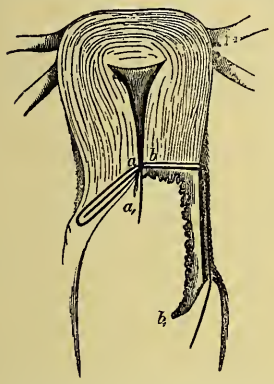

Fig. 260. — Excision d'un carcinome du col, soi-disant inopérable — Suture; *a*, *a'*, *b*, *b'*, fils à ligatures.

1° *Le moignon est abaissable.* — Dans ce cas on l'attire en bas. Avec l'aiguille de Reverdin courbe, on passe des fils qui traversent la paroi vaginale près de la section, passent sous les parties cruentées des vestiges du col, abordent le moignon de dehors en dedans et ressortent par l'orifice utérin. On place ainsi des fils tout autour du moignon. Il suffira alors de les nouer fortement pour obturer la plaie (*Fig.* 260 et 261).

2° *Le moignon n'est pas abaissable.* — Dans ce cas, avec des aiguilles courbes, on place tout autour du cratère, dans les parties saines, si c'est possible, dans les parties malades, si on ne peut faire mieux, des anses de fil qui comprennent le plus de tissu possible. En fermant ces anses, on arrête tout écoulement de sang.

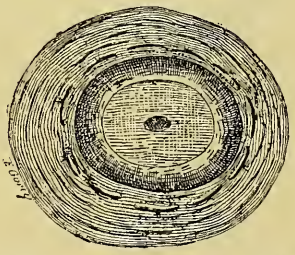

Fig. 261. — Réunion des bords de la perte de substance de la voûte vaginale.

Le moignon une fois suturé, on tamponnera la cavité utérine avec une mèche longue et mince de gaze iodoformée, puis on pratiquera par-dessus un tamponnement du vagin. Ces tamponnements seront renouvelés tous les deux ou trois jours, jusqu'à guérison de la plaie.

Suites. — L'*ouverture du rectum* et de la *vessie* est possible, si le néoplasme a déjà envahi ces organes. La *ligature des uretères* est possible. Si on avait quelques doutes à ce sujet, on pourrait enlever tout ou partie des ligatures, douze heures après l'opération.

Dans les cas habituels, les suites seront des plus simples.

Indications. — L'abrasion est une opération palliative, qui ne se trouvera indiquée que lorsque les opérations radicales ne pourront pas être appliquées. Ainsi limitée, elle rendra les plus grands services, dans les cas de *cancer du col propagé* au vagin, à la vessie, aux ligaments larges et au rectum.

Or, dans ces conditions, les résultats qu'elle donne sont sensiblement les mêmes que dans l'amputation sus-vaginale du col pour cancer.

CHAPITRE XVI.

618.14.82.4

LIGATURES ATROPHIANTES PAR VOIE VAGINALE.

Définition. — Cette opération consiste à pratiquer la ligature des artères utérines par le vagin, dans le but d'amener l'atrophie de l'utérus.

Historique. — Fritsch, en 1885, a d'abord pratiqué la ligature des artères utérines, dans des cas de métrite hémorrhagique. En 1888, Baumgärtner, fait la même opération pour cancers inopérables. Viennent ensuite les travaux de Goubareff, Dorsett, Kustner, etc. ; mais c'est surtout Gottschalk et F. Martin, puis, en France, Hartmann et Frédet, qui ont étudié et vulgarisé la question.

Technique opératoire. — La malade a été préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale. Le chirurgien aura à sa disposition les quelques *instruments* suivants : un bistouri, deux écarteurs, deux pinces à abaissement, une grosse aiguille courbe et mousse de Cooper et une aiguille de Reverdin, des ciseaux droits.

A. Manuel opératoire classique. — La malade est placée dans la position de la taille. Le col est découvert avec les écarteurs et saisi avec les pinces à abaissement. Avec le bistouri, on pratique une incision circulaire autour du col, et deux incisions latérales libératrices, absolument comme pour pratiquer l'hystérectomie vaginale. On isole le col en avant et en arrière, jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux, qu'on tâchera de ne pas ouvrir; on refoulera la vessie, afin de pouvoir saisir entre les doigts les vaisseaux situés dans la base de chaque ligament large. Avec l'aiguille mousse de Cooper, on passe par le cul-de-sac antérieur, en la faisant ressortir par le cul-de-sac postérieur, une anse de soie qui traverse la base du ligament large. Ce fil de soie doit passer au-dessus de la crosse de l'artère utérine, dont on sentira les battements avec le doigt, et il sera placé immédiatement contre le bord de l'utérus. Ce premier fil sera lié

vigoureusement et coupé ras. Un fil semblable sera placé de l'autre côté et lié de la même façon. A un centimètre en dehors de chacun de ces fils, on en placera un deuxième, en cherchant toujours les battements de l'artère utérine, qui se trouvera abaissée et rendue plus accessible. Il en résultera que l'artère utérine et ses branches vaginales seront liées deux fois de chaque côté du col. Avec les ciseaux on sectionnera les tissus compris entre les deux ligatures de chaque côté, afin de s'assurer de l'efficacité des ligatures. Cette précaution est rendue inutile, lorsque les fils ont été placés facilement au-dessus de l'artère et que l'opérateur est certain d'avoir fait une ligature complète.

Lorsque les fils de soie sont coupés ras, on ferme, par quelques points de suture au catgut, les culs-de-sac vaginaux et on termine par un tamponnement lâche du vagin.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Gottschalk (1893). — Il met à nu les vaisseaux, comme pour l'extirpation vaginale totale. Il détache provisoirement la vessie de l'utérus, afin d'éviter de la blesser. Il entoure de chaque côté les vaisseaux, en se guidant sur l'index, avec trois ligatures de soie comprenant le ligament large. Il obtient de la sorte une forte rétraction cicatricielle; enfin la plaie vaginale est fermée avec quelques catguts.

2° Procédé de F. H. Martin (1894). — L'utérus est d'abord cu-

Fig. 262. — Procédé de F. H. Martin. — Séparation du ligament large de la vessie en avant et sur les côtés, sur une étendue d'environ 2 pouces.

retté, puis fortement abaissé à droite, pour rendre accessible le cul-de-sac gauche. Une incision verticale de 15 à 20 millimètres est faite dans le cul-de-sac latéral, à cheval sur la base du ligament large. Avec deux doigts, on décolle en avant la vessie du col utérin et du ligament large; puis en arrière, on décolle prudemment, pour tâcher de ne pas ouvrir le cul-de-sac péritonéal (*Fig.* 262). Avec deux doigts,

pulpe contre pulpe, on recherche les battements des utérines ; on les

Fig. 263.— Ligature vaginale des ligaments larges. — Recherche des artères utérines.

charge sur une aiguille de Cooper et on les lie (*Fig.* 263). Enfin on suture la plaie vaginale. On agit de même de l'autre côté.

Si c'est nécessaire, on ouvre les culs-de-sac péritonéaux et on

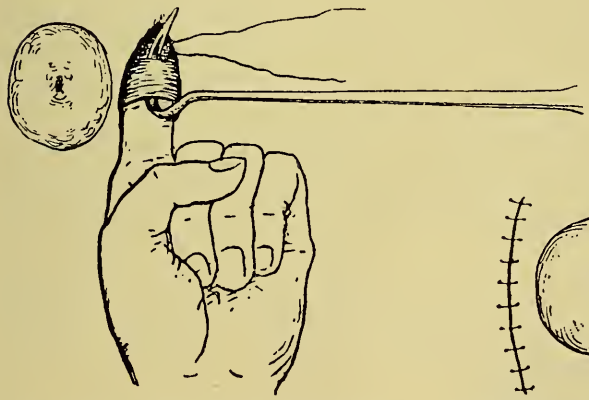

Fig. 264. — Passage de l'aiguille courbe armée de soie ou de catgut, à travers le ligament gauche. — A droite de la figure, le col.

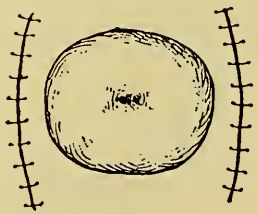

Fig. 265. — Réunion des incisions vaginales avec du catgut fin et antiseptique, de chaque côté.

lie les ligaments larges sur une hauteur plus ou moins considérable (*Fig.* 264 et 265).

3° Procédé de A. H. Goelet (1897).— Il isole le pédicule utérin de chaque côté, place sur chacun deux ligatures, entre lesquelles il sectionne les tissus, pour être bien certain d'avoir obtenu l'hémostase.

4° Procédé de Schwartz et Rochard. — Au lieu de ligatures, ils placent simplement une pince à demeure sur les vaisseaux utérins.

5° Procédé de H. Hartmann (1898). — Incision circulaire autour du col, avec deux incisions latérales libératrices, allant de l'incision circulaire sur la partie latérale du vagin.

Décollement en avant et en arrière, puis section de chaque côté du col, sur une hauteur d'un centimètre. Abaissement du col, isolement, puis ligature du pédicule utérin.

Suites. — Elles sont extrêmement simples. La malade sera gardée au lit une dizaine de jours. La blessure de la *vessie* et des *uretères* ne sera pas à craindre, si on prend soin de bien isoler le col de l'utérus et de ne pas ouvrir les culs-de-sac péritonéaux.

Indications. — Cette opération, très simple, peut être tentée dans les cas de *petits fibromes interstitiels* du corps de l'utérus, mais seulement si le chirurgien a la certitude qu'il n'y a pas plusieurs noyaux fibreux et que le fibrome incriminé n'est pas sous-muqueux.

Nous y avons aussi souvent recours, comme opération complémentaire, dans certains cas rebelles de *métrite parenchymateuse* ou de *métrite du col*, après avoir pratiqué le curettage et l'amputation du col.

Cette opération peut aussi être *complémentaire d'une énucléation* de fibrome cavitaire, s'il existe en même temps un fibrome interstitiel. De même, elle peut se trouver indiquée, dans le cas d'échec de la castration ovarienne ou des ligatures atrophiantes par l'abdomen, pour fibromes.

Dans tous les cas, c'est une ressource précieuse chez les femmes épuisées par des hémorrhagies, lorsque les méthodes radicales paraissent trop graves.

CHAPITRE XVII.

618.1476.84

RESTAURATION DU COL DE L'UTÉRUS OU TRACHÉLORRHAPHIE.

Définition. — On donnne le nom de *Trachélorrhaphie* à la restauration autoplastique des déchirures latérales du col de l'utérus.

Synonymie. — *Opération d'Emmet.*

Historique. — Le traitement chirurgical de la déchirure du col remonte aux publications d'Emmet. Pour cet auteur, la plupart des métrites sont la conséquence de la déchirure du col. Le point essentiel de leur traitement doit donc être la guérison de la déchirure ou trachélorrhaphie.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'amputation du col. Deux écarteurs, deux pinces érignes, ciseaux droits et courbes, un bistouri à long manche et une aiguille courbe à suture seront suffisants.

A. Manuel opératoire classique. — La malade est endormie et placée dans la position sacro-dorsale. Le col est découvert avec les écarteurs et saisi par la lèvre antérieure avec une pince érigne, près de la déchirure; une deuxième pince érigne est placée dans un point symétrique, sur la lèvre postérieure. Avec les ciseaux courbes ou le bistouri on avive tout le rebord de la déchirure, en prenant soin d'enlever tout le tissu cicatriciel, surtout au niveau de l'angle.

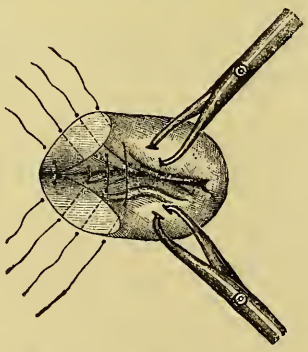

Fig. 266. — Opération d'Emmet.

L'avivement terminé, on passe un premier crin de Florence au niveau de l'angle, en ayant soin de prendre toute l'épaisseur du

col; on place ensuite deux ou trois autres crins de Florence, en se rapprochant de l'orifice externe (*Fig.* 266).

La trachélorrhaphie devra presque toujours être précédée d'un curettage.

On terminera l'opération en faisant un lavage antiseptique du vagin, et en pratiquant un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée.

Si la déchirure est bilatérale, on répètera l'opération de l'autre côté.

B. Procédés divers. — Procédé de Sænger et Fritsch (1888). — Pour éviter l'atrésie du col, que l'on pourrait observer après l'opération d'Emmet, ces auteurs procèdent de la façon suivante.

Ils avivent seulement l'angle de la déchirure par deux coups de ciseaux, puis ils pratiquent le dédoublement des deux lèvres de la déchirure, au moyen de deux incisions longitudinales qui partent de l'angle avivé et se terminent au museau de tanche. Chacune de ces incisions transforme donc chacune des lèvres en deux lambeaux qu'on écarte l'un de l'autre. Il suffit alors de suturer l'un à l'autre, par leur face avivée, les deux lambeaux externes.

Suites. — La trachélorrhaphie a été accusée de produire la *stérilité* et de compliquer le *travail* (?) (Murphy). Elle peut quelquefois amener l'*atrésie du col*, surtout si la déchirure est bilatérale.

Indications. — La trachélorrhaphie donne de moins bons résultats que l'amputation du col ; elle n'a donc pas d'indication précise.

Quelques auteurs la pratiquent encore dans les cas de *métrite chronique*, sans ulcération du col (Pozzi).

CHAPITRE XVIII.

618.1476.87

RÉSECTION DU COL DE L'UTÉRUS.

Définition. — Par résection du col utérin, nous entendons l'excision partielle du col de l'utérus. — Cette excision peut porter exclusivement sur la *muqueuse du col* ou sur l'*ensemble du museau de tanche*.

La résection a pour but de modifier la vitalité de l'utérus, la forme ou le volume du col. Elle diffère de l'amputation, en ce que celle-ci se propose simplement de supprimer le segment inférieur de la matrice. — La résection répond donc à l'ancienne amputation vaginale du col, l'amputation proprement dite devant être supra-vaginale.

Historique. — La résection du col, pour métrite ou hypertrophie du col, est ancienne et son histoire se confond avec celle de l'amputation du col pour cancer. — Dupuytren et Lisfranc furent les premiers à la préconiser ; puis elle retomba dans l'oubli jusqu'en 1854. A cette époque, Ch. Braun remit l'opération en honneur, étendant aux affections non cancéreuses de l'utérus les interventions que l'on commençait à pratiquer pour le cancer. Enfin A. Martin vulgarisa l'opération (1878).

On a pratiqué la résection du col avec l'écraseur, avec le fer rouge ; on l'a pratiquée sans lambeau, en roue, avec une sorte de guillotine. Tous ces procédés n'ont plus qu'un intérêt historique.

Technique opératoire. — La malade a été préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale : elle a été rasée, savonnée, puis désinfectée avec de la teinture d'iode ou une solution de sublimé au millième.

Les *instruments* nécessaires seront les mêmes que pour l'amputation du col ; bistouri, ciseaux droits et courbes, écarteurs, pinces de Museux ou à abaissement, pince à disséquer, aiguilles courbes à surjet.

Il faudra avoir à sa disposition quelques tampons-éponges, quelques compresses, un drain en caoutchouc de 6 à 8 millimètres de diamètre et des crins de Florence, le tout stérilisé à l'autoclave.

Manuel opératoire classique. — L'opération se pratique de différentes façons, qui constituent chacune des méthodes spéciales devenues classiques, et sont connues sous le nom de leur auteur. Nous allons donc étudier le manuel opératoire de l'opération de Schrœder et de celle de Simon.

I. — *Opération de Schrœder* ou *Amputation du col à un lambeau* (*Excision de la muqueuse du col*). — A. Procédé type. — La malade est anesthésiée et placée dans la position de la taille. Le col est découvert avec les écarteurs et saisi, par sa lèvre antérieure, avec une pince à abaissement. S'il y a une ou deux déchirures latérales, on ne s'en préoccupera pas ; on s'en servira seulement pour faire les deux incisions latérales à leur niveau.

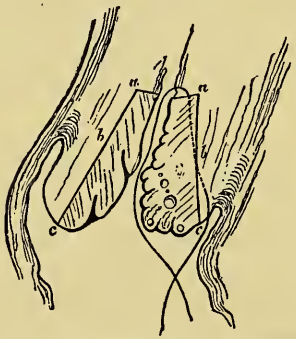

Fig. 267. — Excision de la muqueuse cervicale, d'après Schrœder. — *Légende : a, b, c*, ligne d'ablation des parties malades sur chaque lèvre. — Mise en place du fil sur la lèvre antérieure.

Fig. 268. — Procédé de Schrœder. — Application des sutures. — Le fil antérieur est placé et serré. — *Légende : a, b, c*, ligne d'ablation. — Fil serré et et lambeaux relevés.

Il faut donc diviser le col en deux lèvres, une *antérieure* et une *postérieure*. A cet effet, on pratiquera à droite et à gauche, avec les ciseaux, une incision qui divisera le museau de tanche jusqu'aux culs-de-sac vaginaux. On pourra alors écarter les deux lèvres du col l'une de l'autre et apercevoir la muqueuse du col presque jusqu'à l'orifice interne. Chaque lambeau présente donc une base adhérente et un sommet libre, qui formait autrefois le museau de tanche. Saisissant alors une des deux lèvres par son sommet, on pratique transversalement, sur la muqueuse, le plus loin possible, près de l'orifice interne, une incision profonde de deux

ou trois millimètres (*Fig.* 267). Cette incision doit occuper toute la largeur de la lèvre utérine et toute l'épaisseur des tissus malades. On plonge alors le bistouri dans le sommet de la lèvre du col utérin, en dehors des parties malades, c'est-à-dire sur la partie la plus externe du museau de tanche ; puis on dirige la pointe de l'instrument vers la première incision.

Il en résulte, qu'en prolongeant cette dernière incision, on enlève toute la muqueuse malade et une partie des tissus sous-jacents. On agit de la même façon sur l'autre lèvre, de sorte qu'il reste, en guise de col, deux lambeaux avivés à leur face interne par l'excision de la muqueuse du col et des parties malades. On renverse alors le sommet sur la ligne d'incision transversale, ce qui reconstitue un col nouveau, tapissé par la muqueuse vaginale. Des points de suture au crin de Florence sont placés tout autour (*Fig.* 268). On complète la suture par quelques points mis sur les côtés, pour fermer ce qui reste des incisions latérales. On place alors un drain dans l'orifice utérin, puis on pratique un tamponnement lâche du vagin.

Ce tamponnement sera laissé en place pendant 48 heures ; le drain sera supprimé au bout de huit jours et les crins de Florence seront enlevés. La malade prendra une injection antiseptique toutes les huit heures.

La guérison sera complète au bout de quinze jours.

B. — Procédés divers. — Procédé de Bouilly (1893). — Après *dilatation du col* et *curettage* de l'utérus, il enlève avec un bistouri étroit, sur chaque lèvre du col, une *gouttière de muqueuse* ayant de deux à quatre millimètres d'épaisseur. Pour éviter la rétraction cicatricielle, il laisse sur les côtés du col une bande étroite de muqueuse, qui sépare les gouttières l'une de l'autre. On bourre le col ainsi agrandi, avec de la gaze iodoformée jusqu'à cicatrisation.

II.—*Opération de Simon* ou *Amputation du col à deux lambeaux. Excision conique à lambeaux coniques.*— Cette opération est aussi connue sous le nom d'*Opération de Markwald*, qui l'a réglée et vulgarisée (1875).

A. — Procédé typique. — La malade anesthésiée est placée dans la position de la taille. Le col est découvert avec les écarteurs et saisi par sa lèvre antérieure. On sectionne le col de chaque côté, pour former deux lèvres. Saisissant alors la lèvre antérieure et la soulevant, pour exposer sa face utérine, on fait, avec le bistouri, une incision transversale, dirigée dans la profondeur, obliquement en

haut, et intéressant la moitié de l'épaisseur totale du col. Cette première incision terminée, on abaisse la lèvre du col et, sur sa face vaginale, on pratique une deuxième incision transversale, se portant dans la profondeur vers la première incision. La lèvre antérieure se trouve donc amputée en gouttière, *à deux lambeaux* (*Fig.* 269). La lèvre postérieure est ensuite traitée de la même façon. On réunit ensuite les deux lambeaux de chaque lèvre avec

Fig. 269. — Opération de Simon ou amputation du col à deux lambeaux. — Vue sur une coupe, du tracé des lambeaux. — Un fil passé à gauche montre le mode de réunion. (D'après Pozzi).

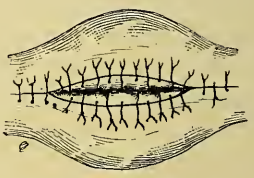

Fig. 270. — Opération de Simon ou Amputation du col à deux lambeaux. — Col amputé et suturé, vu de face. (D'après Pozzi).

du crin de Florence et on termine en suturant sur les côtés les deux incisions latérales (*Fig.* 270).

On place un drain en caoutchouc dans le col et on fait un tamponnement du vagin.

Les soins consécutifs seront les mêmes que précédemment.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de Hégar (1885). —

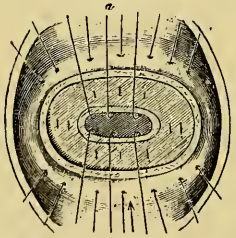

Fig. 271. — Amputation du col infra-vaginale, d'après le procédé de Hégar. — Amputation faite et fils antérieurs et postérieurs en place.

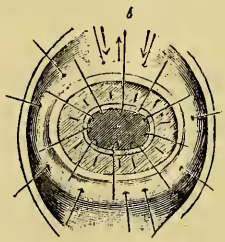

Fig. 272. — Amputation du col infra-vaginale, d'après le procédé de Hégar. — Fils latéraux en place.

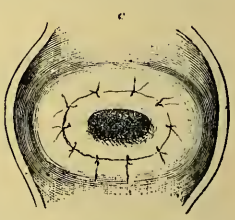

Fig. 273. — Amputation du col infra-vaginale, d'après le procédé de Hégar. — Sutures nouées et opération terminée.

Le col est amputé circulairement, sans le diviser, en deux

lambeaux. L'amputation est faite, en creusant la tranche de section, afin de à faciliter la réunion de la muqueuse utérine à la muqueuse vaginale (*Fig.* 271). Chaque fil doit être placé de façon à accoler l'une à l'autre ces deux muqueuses. Si l'on prévoit que la muqueuse vaginale est trop large pour l'orifice du col, on la rétrécira, en plaçant de chaque côté un ou deux fils (*Fig.* 272) qui la suturera à elle-même (*Fig.* 273).

2° Procédé de Sims. — Le col était sectionné transversalement; puis le moignon du col était recouvert avec la muqueuse vaginale, que l'on faisait glisser au-devant et que l'on suturait à elle-même sur les parties latérales, au moyen de deux fils d'argent (*Fig.* 274) placés de chaque côté de l'orifice utérin qui restait libre (*Fig.* 275).

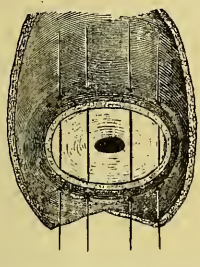

Fig. 274. — Amputation de la portion infra-vaginale du col par le procédé de Sims. — Amputation faiteet fils en place.

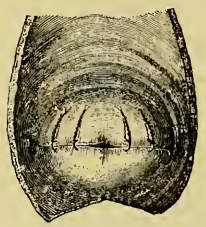

Fig. 275. — Amputation de la portion infra-vaginale du col par le procédé de Sims. — Opération terminée.

Suites. — La résection du col est une opération bénigne, si toutes les règles de l'asepsie ont été suivies. Le seul accident opératoire de quelque importance est l'*hémorrhagie*, causée par la section des rameaux vaginaux de l'artère utérine. Cette hémorrhagie s'arrêtera, dès que les sutures seront appliquées.

Indications. — La résection du col sera pratiquée dans l'*hypertrophie du col*, dans la *métrite parenchymateuse* avec gros col, dans certains cas d'*atrésie de l'orifice externe*, enfin comme *moyen de diagnostic*.

Contre-indication. — La résection du col ne devra jamais être pratiquée dans le cas de *cancer*, même très limité. La moindre incertitude dans le diagnostic devra la faire rejeter, pour recourir à l'hystérectomie ou à l'amputation sus-vaginale.

Choix du procédé.— L'opération de Schroeder *sera préférée*, lorsque l'ulcération portera surtout sur la muqueuse interne. — L'opération de Simon est réservée aux cas dans lesquels la muqueuse interne n'est pas très altérée.

CHAPITRE XIX.

618.1477.87

AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS.

Définition. — Nous réservons la désignation d'*amputation du col* aux amputations sus-vaginales de cet organe. La section doit porter sur l'isthme de l'utérus.

Les anciennes amputations circulaires ne sont que des résections du col.

Synonymie. — *Opération de Schrœder.* — *Amputation sus-vaginale.*

Historique.—Kœberlé paraît avoir eu, le premier, l'idée d'extirper le col au-dessus de ses insertions vaginales. Il introduisait une sonde dans le canal cervical, pratiquait au bistouri un évidement conoïde cervical, puis rôtissait au thermo-cautère la surface de section. Baker suivit son exemple; van de Warker remplaça le thermo-cautère par une cautérisation au chlorure de zinc. Enfin J. Byrne pratiqua cet évidement avec une anse galvanique, maniée comme un bistouri. Toutes ces opérations sont abandonnées en faveur de la technique de Schrœder (1879).

Technique opératoire. — La malade aura été préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale. On insistera tout particulièrement sur le nettoyage du vagin et du col, dont on pratiquera des attouchements avec de la teinture d'iode, ou de l'alcool à un pour cent.

Instruments. — On devra avoir à sa disposition, et stérilisés avec soin, deux écarteurs, bistouri droit, ciseaux courts et droits, pinces à disséquer, deux pinces de Museux, six longues pinces hémostatiques, une aiguille de Reverdin courbe. Il sera bon d'avoir en réserve, en cas de besoin, les *instruments* nécessaires pour faire l'hystérectomie vaginale.

Deux aides seront nécessaires, un de chaque côté, pour tenir les écarteurs.

A. — Manuel opératoire typique. — La malade est dans la position de la taille, et anesthésiée. Le col est découvert au moyen des deux écarteurs vaginaux, puis saisi avec une pince de Museux. Si la lésion est trop étendue et le col trop friable, on remplacera les pinces de Museux par 2 anses de grosse soie qu'on passera d'avant en arrière, à travers la muqueuse saine, dans chaque cul-de-sac latéral : ces fils devront être distants des tissus malades de 15 à 20 millimètres au moins.

Avec les fils ou avec les pinces, on abaissera l'utérus au maximum; puis avec le bistouri, on incisera la muqueuse vaginale circulairement, en se tenant à 10 ou 15 millimètres des parties malades. Cette incision au bistouri ne doit intéresser que la muqueuse et s'arrêter au tissu cellulaire; car on doit prendre garde de ne pas blesser la vessie, ni les uretères. Avec le doigt ou avec un instrument mousse, on décollera la muqueuse vaginale jusque vers le col, dont le doigt reconnaîtra la résistance spéciale; puis on séparera facilement le col de la vessie, en continuant ce décollement, jusqu'à ce que le doigt trouve le défaut de résistance offert par le cul-de-sac péritonéal. Là on s'arrêtera.

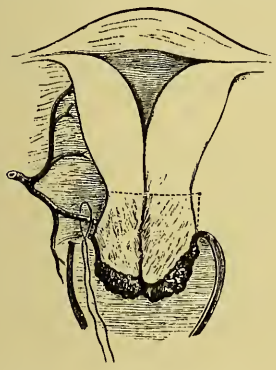

Fig. 276. — Amputation supra-vaginale du col, d'après Schrœder. — Ligne d'extirpation. — Fil placé sur l'artère vaginale.

Fig. 277. — Amputation supra-vaginale de Schrœder. — Disposition des sutures.

On agira de même en arrière, avec plus de précautions encore, le cul-de-sac péritonéal descendant quelquefois très bas. D'ailleurs l'ouverture du péritoine n'aurait aucune importance, mais compliquerait l'opération, par la suture qu'elle nécessiterait. Le cul-de-sac péritonéal reconnu, ou suturé s'il a été ouvert, on arrête là l'isolement postérieur du col.

Sur les côtés se trouvent les vaisseaux. On passera avec l'aiguille de Reverdin une anse de fil, aussi haut que possible, pour lier soit l'artère utérine, soit ses branches inférieures, si le tronc de l'artère

est trop élevé. Cette ligature sera placée le plus loin possible du col; puis les tissus seront sectionnés entre elle et l'utérus (*Fig.* 276).

Avec les ciseaux on sectionnera rapidement le col à droite et à gauche, de façon à le diviser en deux lèvres. On saisira la lèvre antérieure; on l'excisera transversalement avec le bistouri et on l'enlèvera. On passera alors des fils de fort catgut à travers la tranche du vagin et le bord utérin, et on terminera par quelques points latéraux, si c'est nécessaire (*Fig.* 277).

On terminera en plaçant un drain dans l'orifice utérin et en pratiquant le tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée.

B. — Procédés divers. — 1° Procédé de Hégar (1885). — Connu aussi sous le nom d'*Amputation du col en entonnoir*. Une incision circulaire est faite autour du col. Partant de cette incision, et commençant habituellement en avant, il incise le tissu du col, en se portant obliquement en haut et en dedans, vers le canal cervical. Une fois ce canal ouvert en avant, il passe une suture qui prend la muqueuse cervicale et toute la surface de la plaie. Il continue ensuite l'amputation conoïde sur les parties latérales et en arrière.

2° Procédé de Kaltenbach (1885). — Dans les cas de prolapsus avec hypertrophie du col, Kaltenbach saisit le col de l'utérus avec une pince de Museux, et l'attire hors de la vulve. Il applique autour de la base de la partie prolabée un tube en caoutchouc, puis incise la muqueuse vaginale circulairement autour du col. Il isole ce dernier jusqu'au point où doit porter la section. A ce moment il sectionne le col à droite et à gauche et excise les deux valves obtenues.

Passant alors une anse de fil dans les tissus à droite et à gauche, il fait une ligature en masse des vaisseaux. Si la recherche de ces derniers est trop difficile, il excise à droite et à gauche un lambeau triangulaire de muqueuse vaginale. L'opération est alors terminée en suturant le vagin à l'utérus amputé de son col.

Suites. — Si l'opération a été exécutée en suivant rigoureusement les règles de l'asepsie, les suites seront des plus simples.

Comme complications pendant l'opération, il faut signaler la possibilité d'*ouvrir les culs-de-sac péritonéaux* pendant l'isolement du col. Cet accident n'aura pas de conséquences graves, si le col utérin et le vagin ont été bien désinfectés. Dans tous les cas, on devra pratiquer immédiatement la suture de la séreuse.

L'*ouverture de la vessie et du rectum* a été signalée. Ces acci-

dents sont faciles à expliquer, lorsque le néoplasme a envahi ces organes.

Indications. — L'amputation sus-vaginale du col est pratiquée dans le *cancer du col.* Dans ce cas, c'est une opération purement palliative, au même titre, du reste, que l'hystérectomie vaginale ; mais elle offre au moins l'avantage, sur cette dernière opération, d'être inoffensive pour la malade.

C'est l'opération de choix dans l'*hypertrophie du col* ; enfin elle nous paraît indiquée dans certains cas de *métrite parenchymateuse*, quand on veut en même temps pratiquer la ligature des artères utérines.

CHAPITRE XX.

618.14.82.93

RÉDUCTION DE L'INVERSION UTÉRINE PAR LA VOIE VAGINALE.

Définition. — L'inversion utérine est récente ou ancienne. Elle est *récente*, si elle est consécutive à un accouchement récent ; elle est dite *ancienne*, si l'utérus a eu le temps de revenir sur lui-même et de reprendre sa consistance normale et son volume.

Historique. — La réduction de l'inversion récente est de toute antiquité. La réduction de l'inversion ancienne est de date plus moderne. Elle n'est même entrée dans une ère scientifique qu'en 1858, avec Taylor Smith. Elle a été depuis le point de départ de nombreux procédés qui seront étudiés plus loin.

Technique opératoire. — L'antisepsie la plus rigoureuse doit être observée, surtout si l'inversion est récente. La vulve, le vagin, seront savonnés, puis la surface de l'utérus soigneusement désinfectée avec une solution de sublimé au millième.

Deux écarteurs et deux pinces à abaissement seront les seuls *instruments* nécessaires

Manuel opératoire classique. — On doit distinguer deux méthodes de réduction : *rapide* et *lente*.

1° **Méthode rapide.** — A. Procédé classique. — Elle doit elle-même être subdivisée, suivant qu'il s'agit d'une inversion ancienne ou d'une inversion récente.

a) *Inversion ancienne.* — La malade sera anesthésiée et placée dans la position de la taille, le bassin surélevé et la tête basse. Les jambes seront confiées à deux aides. Lorsque ce sera possible, on placera sur le col de l'utérus, à droite et à gauche, en contournant la tumeur, une pince à abaissement. Les deux pinces seront confiées à un aide, dont la mission sera de maintenir le col, pendant les tentatives de réduction. L'opérateur se place à droite de la malade; il introduit dans le vagin la main droite tout entière, ou

seulement le pouce, l'index et le médius. Avec la main gauche il déprime fortement la paroi abdominale au-dessus du pubis, pour immobiliser l'*entonnoir* utérin. Saisissant alors avec les doigts le corps de l'utérus, il en fait un pétrissage destiné à l'assouplir, puis comprime la masse de la tumeur, en même temps qu'il la repousse vers la main placée sur le ventre. Pendant cette tentative de réduction, l'aide exerce sur le col une traction soutenue. Il faut faire ces manœuvres lentement et les répéter patiemment. Lorsque l'utérus est réduit, il faut entrer le doigt dans le col, afin de s'assurer que la réduction est complète. Si elle ne l'est pas et ne peut pas être obtenue par des pressions directes, il faut craindre une récidive, qu'on cherchera à éviter en faisant un tamponnement serré de la cavité utérine avec des lanières de gaze iodoformée. On terminera par un tamponnement du vagin qu'on changera tous les deux jours.

b) *Inversion récente.* — Elle est habituellement observée au moment de la délivrance. On doit donc distinguer le cas où le placenta est décollé et celui où il est adhérent au fond de l'organe. Dans le premier cas, on agira comme précédemment, et la réduction sera d'autant plus facile qu'elle suivra de plus près l'accident. Dans le deuxième cas, on devra saisir le placenta en même temps que le fond de l'utérus et tenter la réduction en bloc. Si le placenta est en partie décollé, on fera mieux de l'enlever rapidement et de réduire ensuite.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Emmet. — Il exerce avec la paume de la main et les doigts une forte pression sur l'utérus. En même temps il essaye, avec l'extrémité des doigts, de dilater le col. Enfin pour garder le résultat acquis, il suture temporairement le col.

2° Procédé de Nœggerath (1862). — Il commence la réduction par le fond de l'utérus, en cherchant à engager une corne utérine, puis l'autre.

3° Procédé de Sims (1866). — Marion Sims considère les fibres circulaires du tissu utérin comme étant le principal obstacle à la réduction. Avant de tenter cette dernière, il fait, sur toute la longueur de la partie en inversion, plusieurs incisions, destinées à sectionner ces fibres circulaires.

4° Procédé de Barnes (1869). — Pour cet auteur l'obstacle principal est le col de l'utérus. Il fait donc sur le col plusieurs incisions, et cherche à obtenir la réduction au moyen d'un pessaire à tige.

5° Procédé de Pate (1878).— Il introduit un index dans la vessie, par l'urèthre dilaté et l'autre index dans le rectum. Avec les deux doigts il saisit et fixe l'entonnoir, tandis qu'avec les deux pouces introduits dans le vagin, il repousse en haut le fond de l'utérus.

6° Procédé de Courty (1881). — Il introduit deux doigts dans le rectum, les recourbe en crochet pour saisir les bords de l'entonnoir à travers la paroi du rectum ; puis de l'autre main, introduite dans le vagin, il repousse la partie de l'utérus en inversion.

7° Procédé de O. Kustner (1893). — Il ouvre d'abord le cul-de-sac postérieur et pénètre avec le doigt dans le cul-de-sac de Douglas. Il explore l'entonnoir, détache les adhérences qui peuvent unir ses bords. Il pratique ensuite une incision longitudinale postérieure unique et tente la réduction.

2° **Méthode lente.** — A. Procédé classique. — On cherchera à obtenir la réduction en faisant une compression continue sur l'organe inversé. La malade est placée dans la position de la taille ; avec les écarteurs on découvre la tumeur. On entasse alors successivement dans les culs-de-sac vaginaux, autour de la tumeur, puis au-dessous d'elle, des bandelettes de gaze iodoformée, qui doivent être introduites avec force. On place une sonde de de Pezzer dans la vessie, puis on maintient le tamponnement vaginal avec un bandage en T, fait en tissu élastique. La malade est maintenue dans le repos horizontal, et on renouvelle le tamponnement au bout de 48 heures. Le traitement devra être continué avec persévérance pendant 15 à 20 jours.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Taylor Smith. — Il combine la réduction manuelle avec le tamponnement du vagin, au moyen d'un pessaire de Gariel.

2° Procédé de Kroner. — Il pratique le tamponnement vaginal, avec le colpeurynter de Brawn. L'appareil est introduit vide, puis distendu avec de l'eau, autant que la malade peut le supporter.

3° Procédé de Lawson Tait (1870).— Il emploie un pessaire à tige, surmonté d'une plaque creusée, destinée à s'appliquer sur la tumeur. L'autre extrémité de la tige est fixée à une ceinture abdominale par une espèce de bandage en T, ou un appareil élastique.

4° Procédé de Kocks (1880).— Il pratique avec de la gaze iodoformée le tamponnement des culs-de sac vaginaux, puis emploie le colpeurynter.

Suites. — Elles seront nulles, si les précautions antiseptiques sont bien prises. Dans les inversions récentes avec adhérences du placenta, on peut observer une *hémorrhagie*, si on décolle le placenta avant de réduire.

Indications. — En présence d'une *inversion utérine*, il faut toujours tenter la réduction, avant de recourir aux méthodes radicales. On a vu des réductions après 12, 15 et même 40 ans. La méthode lente donne des résultats plus sûrs.

CHAPITRE XXI.

618.1477.87

EXTIRPATION PARTIELLE DE L'UTÉRUS INVERSÉ.

Définition. — L'opération consiste à faire l'ablation de la partie inversée de l'utérus. La section de l'organe se fait immédiatement au-dessous du col.

Synonymie. — *Hystérectomie partielle.* — *Amputation partielle de l'utérus inversé.*

Historique. — L'opération se pratique depuis longtemps. On connaît une observation de Rousset, datant de 1533. On eut recours à la ligature simple, à l'excision après ligature, à l'excision avec l'écraseur linéaire (Hope, Greenhalgh etc.), avec l'anse galvanocaustique (Veit, Breisky, Howitz, Spiegelberg), avec le thermocautère de Paquelin (Spencer Wells, etc.). La ligature élastique fut reprise par Courty, Arles, etc.). Enfin l'excision fut faite avec l'instrument tranchant, la première fois, par Kaltenbach.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale.

Instruments. — Le chirurgien aura à sa disposition deux écarteurs vaginaux, deux pinces de Museux, douze pinces hémostatiques longues, une paire de ciseaux, un bistouri, une pince à disséquer et une aiguille de Reverdin courbe.

Deux aides seront nécessaires.

A. Manuel opératoire type. — La malade est anesthésiée et placée dans la position de la taille.

La tumeur sera découverte avec les écarteurs, puis solidement fixée avec une pince de Museux. Avec le doigt, on cherche les limites du col. Au ras du col, on passe à travers le pédicule de la tumeur, et d'arrière en avant, de façon à traverser de part en part les deux parois de l'organe, cinq à six fils d'argent assez longs pour pouvoir être réunis en faisceau en dehors de la vulve. Ces fils, saisis en haut et en bas par deux pinces, seront tendus hors de la vulve,

de façon à former une sorte de grille qui soulève la tumeur. Si on craint l'hémorrhagie, on placera un cordon de caoutchouc autour du pédicule de la tumeur et en arrière des fils. Ce cordon n'aura qu'un rôle temporaire de garrot.

Saisissant alors la tumeur avec la pince de Museux, on en pratique l'amputation à cinq ou six millimètres au-dessous des fils d'argent. Cette amputation doit se faire avec précaution, couche par couche. En arrivant dans la cavité de l'entonnoir, on cherchera les organes qui pourraient s'y trouver, et on en pratiquera l'excision, après avoir repéré leur extrémité pelvienne.

Lorsque la section sera terminée, on fera la ligature définitive du moignon. On placera d'abord quelques ligatures sur les trompes ou ligaments amputés ; puis, avec un surjet de soie fine, on suturera transversalement l'ouverture péritonéale.

Il suffira alors de fermer les fils d'argent par-dessus, en affrontant l'une à l'autre les deux lèvres. Ces fils d'argent seront maintenus très longs pour faciliter leur ablation. Quand ils seront fermés, on enlèvera le lien élastique et on terminera par un tamponnement du vagin.

Les fils d'argent seront enlevés au bout de dix jours. Leur ablation sera assez longue et difficile, en raison de la tendance au renversement du moignon.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Spencer Wells (1877). — Il introduit deux aiguilles croisées dans le pédicule ; puis au-dessus il applique une ligature élastique.

Enfin il sectionne transversalement la tumeur au-dessous des aiguilles, avec le thermo-cautère de Paquelin. Les aiguilles sont enlevées du douzième au treizième jour.

2° Procédé de Mac Clintock et Duncan. — Ils faisaient une ligature en masse du pédicule et pratiquaient l'incision au-dessous.

3° Procédé de Périer (1880). — On peut le dénommer : *Ligature à traction élastique.*

Il pratique, avec une grosse soie, une ligature en masse sur le pédicule de la tumeur. Les deux chefs du fil sont laissés longs. On les passe dans l'anneau terminal de la crémaillère, que l'on introduit alors dans le vagin (*Fig.* 278) ; puis on attache un anneau de caoutchouc au bout des fils. Cet anneau est tendu et accroché à un des crans de la crémaillère.

La section du col se fait progressivement, par l'intermédiaire du fil de soie.

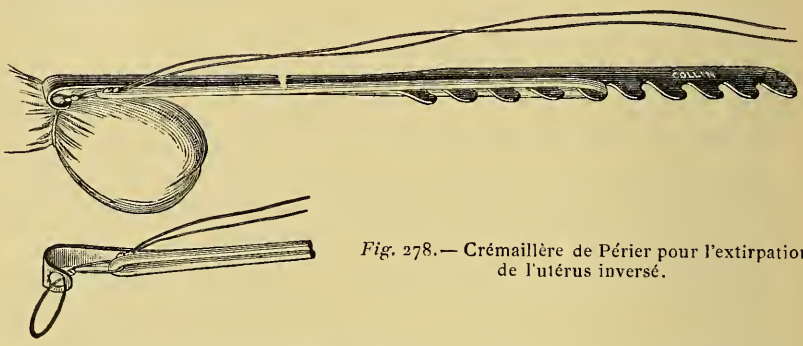

Fig. 278.— Crémaillère de Périer pour l'extirpation de l'utérus inversé.

4° Procédé de Kaltenbach (1886). — Il appliquait une ligature élastique provisoire sur le pédicule, qu'il sectionnait au-dessous ; puis il faisait une suture minutieuse des deux lèvres de la plaie. Enfin il enlevait la ligature.

Suites. — L'opération telle que nous l'avons décrite, n'est pas grave, si les précautions antiseptiques sont prises rigoureusement.

Dans le cas contraire, on peut voir survenir une *péritonite* septique, par la réinversion du pédicule. Au moment de l'opération, on pourra observer l'hémorrhagie venant soit de l'utérus, soit des annexes entraînées dans l'entonnoir. Mais l'accident le plus à craindre sera la réinversion du col, au moment ou la section sera faite.

Indications. — L'amputation partielle de l'utérus inversé ne doit être tentée qu'après avoir employé les manœuvres de réduction. Encore doit-elle céder le pas à l'hystérectomie vaginale totale, plus rationnelle et plus sûre.

Elle a cependant une indication très nette dans le cas de *tumeur bénigne implantée au fond de l'utérus* et ayant déterminé l'inversion. Dans ce cas, l'ablation de la tumeur, et d'une partie du fond de l'utérus, permettra la réduction ultérieure : ce qui présentera l'avantage d'une opération conservatrice sur une opération radicale.

CHAPITRE XXII.

618.14.82.7

EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS INVERSÉ.

Définition. — L'opération consiste à enlever l'utérus inversé en totalité.

Synonymie. — *Hystérectomie vaginale pour inversion utérine.* — *Amputation totale de l'utérus inversé.*

Historique. — Proposée par Terrier en 1885, puis par Secheyron, l'opération ne semble avoir été exécutée qu'en 1891, en Amérique (cas relaté par Baldy). En France, Duret pratiqua deux fois l'opération en 1894, puis un peu plus tard, Verchère et Legueu.

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale et les mêmes *instruments* sont nécessaires.

A. Manuel opératoire classique. — L'utérus inversé est découvert avec les écarteurs. On le saisit de la main gauche et on palpe avec soin le pédicule formé par le col, afin de se rendre compte de la situation probable du péritoine.

Le cul-de-sac péritonéal sera en général situé très bas et très facilement accessible, surtout en arrière. Plaçant une pince à abaissement sur l'extrémité pendante de l'utérus, on attire la tumeur hors de la vulve et on la soulève vers le pubis, de façon à rendre accessible le cul-de-sac postérieur.

Sur l'extrémité du col, qu'on sent, on pratique dans le vagin une incision transversale postérieure, qui pénètre de suite dans le Douglas. On introduit l'index dans l'ouverture, on décolle les adhérences qu'on rencontre ; on porte le doigt en avant dans l'infundibulum, qu'on dégage autant que possible ; puis dans l'espoir d'obtenir encore la réduction de l'organe, on pratique sur la ligne médiane une section de la face postérieure de l'utérus, jusque vers le fond, *et intéressant le col.* L'incision du col se fera doucement et de la pointe des ciseaux. Quand la paroi postérieure de l'utérus sera

ainsi sectionnée, on cherchera à réduire l'organe. Si on n'y parvient pas, on continuera l'hystérectomie vaginale.

Passant l'index par l'ouverture postérieure, en crochet, par-dessus l'infundibulum, on déprime en avant le cul-de-sac antérieur, sur lequel on pratique prudemment une incision antérieure. On ouvre largement le cul-de-sac, de sorte que l'utérus ne tient plus que par ses parties latérales, qui se continuent avec le faisceau central des ligaments larges invaginés dans l'infundibulum.

Incisant alors le vagin à droite et à gauche, pour libérer complètement le pédicule de la tumeur, on décolle doucement ce pédicule, jusqu'à ce que le col utérin paraisse comme suspendu par les ligaments larges invaginés.

On passe alors à travers la base de ces ligaments un fil de soie, avec lequel on lie de chaque côté l'artère utérine, et on donne un coup de ciseaux de chaque côté, entre la ligature et la tumeur. Il reste donc maintenant à pratiquer seulement la ligature des ligaments larges invaginés. Ils forment un faisceau central qu'on transperce aisément avec un fil double, qu'on lie ensuite de chaque côté ; enfin on sectionne au-dessous des pédicules, et la tumeur est enlevée.

Si les annexes sont malades, on les enlève, en les abaissant vers l'infundibulum, si ils n'y sont pas déjà, et en plaçant la ligature en dehors. Si cette ligature est difficile à placer, on aura recours à des pinces à demeure.

Dans le cas de ligatures, on refermera le péritoine au moyen de deux ou trois points séparés.

On pratiquera un tamponnement lâche du vagin avec des compresses de gaze stérile, saupoudrées d'iodoforme. Ces compresses seront laissées en place pendant quarante-huit heures, puis supprimées, pour être remplacées par des injections antiseptiques, données à faible pression toutes les huit heures.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Verchère (1895). — Il incise d'abord le cul-de-sac postérieur, puis l'antérieur, longitudinalement ; enfin il lie en masse les ligaments invaginés de chaque côté, ou bien place des pinces.

2° Procédé de Duret (1897). — Il ouvre le cul-de-sac antérieur, pratique l'hémisection médiane antérieure, puis ouvre le cul-de-sac postérieur et continue l'hémisection totale, en sectionnant la face postérieure.

Il lie ensuite les artères utérines à droite et à gauche, abaisse chaque moitié de l'organe et lie le ligament en dehors des annexes.

Suites. — Seront très simples, si l'opération a été pratiquée antiseptiquement.

Au cours de l'opération, on devra prendre garde aux organes qui auront été entraînés dans l'infundibulum. Une blessure de l'*ovaire* ou d'une *trompe* sera sans importance; mais des amas *intestinaux* peuvent adhérer au pourtour de l'infundibulum et pourraient être blessés. La *vessie* et les *uretères* sont habituellement hors de cause ; ils restent au-dessus ; l'inversion se fait au-dessous d'eux.

Indications. — Toute *inversion utérine* doit être réduite. Si les moyens de réduction simples ou sanglants échouent, il faut extirper l'utérus.

CHAPITRE XXIII.

618.14.82.6 [≡.1 +. 2]

DILACÉRATION ET CAUTÉRISATION DES CORPS FIBREUX.

Définition. — Ces opérations n'ont plus qu'un intérêt historique. Elles sont aujourd'hui justement abandonnées.

Elles se proposaient de provoquer l'expulsion naturelle des corps fibreux, en déterminant leur gangrène, puis leur élimination.

I. — **Dilacération.** — Imaginée par Baker Brown (1859). Ce chirurgien faisait une incision de la capsule du fibrome, puis plongeait, dans l'épaisseur de la tumeur, des ciseaux dont le bord externe était tranchant. Il ouvrait ces ciseaux et dilacérait ainsi la tumeur en plusieurs directions.

Dans d'autres cas, avec une sorte de trépan emporte-pièce, il enlevait un fragment conique au centre de la tumeur.

II. — **Cautérisation.** — Kœberlé (1875) fit une série d'incisions parallèles dans l'épaisseur de la tumeur et, dans chaque incision, il introduisait une quantité de perchlorure de fer destiné à amener la mortification des couches interposées.

Greenhalgh (1876) se contentait de faire l'incision de la capsule au fer rouge, puis quand la suppuration était établie, il enlevait la tumeur par énucléation, avec les doigts.

CHAPITRE XXIV.

618.14.82.6 [≡. 1 +. 4 +. 7 +. 8]

EXTIRPATION DES CORPS FIBREUX PROÉMINANT DANS LE VAGIN OU POLYPES.

Définition. — Les corps fibreux, qui proéminent dans le vagin, viennent les uns, du col de l'utérus, les autres, du corps, après s'être pédiculés et avoir franchi le col.

Dans les deux cas, leur base ou pédicule est facilement accessible.

Synonymie. — Ces fibromes, surtout quand ils sont pédiculés, sont désignés habituellement sous le nom de *Polypes*.

Historique. — Lisfranc (1843) pratiqua leur ablation, en enlevant une tranche de tissu, ou en faisant l'évidement conoïde du fibrome; puis il terminait par l'énucléation, avec le doigt, des parties qui restaient. Dans les cas pédiculés, on eut recours à la *ligature* du pédicule, au *serre-nœud*, à l'*anse galvano-caustique*, à l'*écraseur*. Tous ces moyens, encore employés aujourd'hui, doivent être abandonnés, comme plus dangereux et moins rapides.

Technique opératoire. — La malade aura été préparée

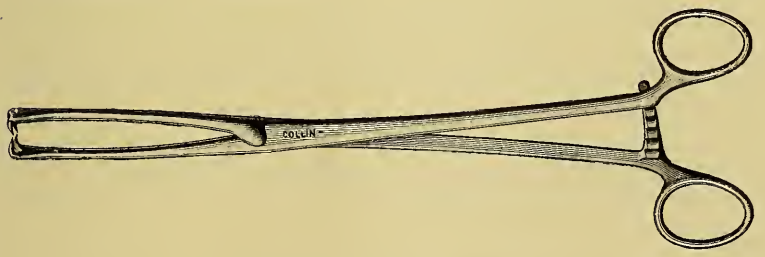

Fig. 279. — Pince de Museux.

comme pour subir l'hystérectomie vaginale. On aura insisté particulièrement sur la désinfection du vagin, de la tumeur et du col, s'il est accessible.

Instruments. — On devra tenir prêts pour l'opération : deux écarteurs vaginaux, deux pinces de Museux à plusieurs dents (*Fig.* 279), des ciseaux courbes et droits; on aura en outre, sous la main, les *instruments* nécessaires pour faire le curettage de l'utérus, le morcellement, ou même l'hystérectomie vaginale. Deux aides seront nécessaires.

A. Manuel opératoire classique. — La malade est anesthésiée et placée dans dans la position dorso-sacrée. Avec les écarteurs on découvre la tumeur; puis, avec le doigt, on cherche à se rendre compte de ses connexions avec le col, de la situation du pédicule, etc.

Trois cas peuvent se présenter.

1° *Le fibrome est pédiculé.*— Dans ce cas, on applique sur la partie saillante de la tumeur les deux pinces de Museux, avec lesquelles on imprime un mouvement de torsion à la tumeur. Pendant ce mouvement de torsion, l'index gauche ne quitte pas le pédicule. Avec les ciseaux courbes sur le plat, dirigés vers l'index gauche, on pratique une petite incision sur le pédicule, près de la tumeur. On fait un nouveau tour de torsion, puis une nouvelle section, toujours en se rendant compte du travail accompli, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la tumeur soit complètement détachée.

2° *Le fibrome est sessile sur le col.* — On saisira la tumeur à droite et à gauche avec les pinces de Museux ; puis on pratiquera sur la face antérieure une incision qui pénétrera franchement dans la tumeur, et même qui la sectionnera complètement en deux moitiés. Les deux moitiés seront alors très facilement enucléées avec le doigt, aidé au besoin par les ciseaux. Il restera une plaie irrégulière, dont on excisera les parties saillantes, pour reconstituer le col au moyen de sutures.

3° *Le fibrome est volumineux, occupe tout le vagin et empêche l'accès du col ou du pédicule.* — On devra d'emblée, et sans faire la moindre tentative d'extraction totale, pratiquer le morcellement de la tumeur, en se conformant aux préceptes donnés plus loin. Ce morcellement se fera méthodiquement, jusqu'au moment ou le doigt pourra trouver le pédicule ou l'insertion sur le col. On terminera l'opération, suivant le cas, comme précédemment.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Simon. — Il saisit le fibrome et exerce de fortes tractions, puis, avec le bistouri, il pratique transversalement des incisions profondes sur la tumeur. Ces incisions doivent être superposées en escalier, de façon que par la traction, la

tumeur s'allonge et devienne moins volumineuse. *C'est l'allongement opératoire de la tumeur.*

2° Procédé de Hégar (1885). — Ce chirurgien arrive au même but que Simon, en pratiquant sur la tumeur des incisions spiroïdes n'intéressant que la coque, qui est la partie la plus résistante.

L'opération devra être suivie du curettage de l'utérus, dont la muqueuse sera soigneusement touchée avec une solution de chlorure de zinc au 10e. On pratiquera ensuite le tamponnement de l'utérus avec une mèche de gaze iodoformée, puis le tamponnement du vagin. Ces tamponnements seront renouvelés le troisième et le sixième jour, puis supprimés le neuvième.

Suites. — Le seul accident à redouter est la *perte de sang*, chez des malades habituellement très affaiblies. Il faut donc agir vite. L'*infection* est fréquente, les fibromes siégeant dans le vagin déterminant une suppuration souvent abondante. On devra donc se prémunir contre ce danger, en observant une antisepsie rigoureuse, en curettant et tamponnant l'utérus.

Indications. — Tout *fibrome descendu dans le vagin* doit être enlevé le plus vite possible. Il n'y a pas de contre-indication.

CHAPITRE XXV.

618.1477.85

ÉNUCLÉATION TRANSCERVICALE DES CORPS FIBREUX SOUS-MUQUEUX.

Définition. — Cette opération a pour but d'enlever, par une incision du col utérin, les fibromes qui font saillie dans la cavité de l'utérus.

Historique. — Proposée par Dupuytren et Velpeau, l'énucléation fut pratiquée en 1840, par Amussat. Velpeau la fit ensuite, puis Demarquay. Leur exemple fut suivi par un grand nombre, mais bientôt une réaction se fit, sous l'impulsion donnée par Nélaton, Jarjavay, Guyon. Elle continua à jouir d'une certaine vogue en Amérique, avec Atlee; en Allemagne avec Langenbeck, Braun, Frankenhauser, Hégar, Martin, Gusserow, etc.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale, qui pourra devenir nécessaire au cours de l'opération.

Instruments. — Il faudra avoir à sa disposition, deux écarteurs, deux pinces à abaissement et morcellement (*Fig.* 282), des ciseaux à morcellement droits et courbes, un bistouri à morcellement, deux pinces de Museux (*Fig.* 281), une aiguille très courbe et une spatule montée sur un long manche. Enfin tous les *instruments* nécessaires pour le curettage et l'hystérectomie vaginale. Deux aides seront indispensables.

Fig. 280. — Énucléateur de Pozzi.

A. Manuel opératoire classique. — La malade est couchée dans la position de la taille. Un des aides abaisse l'utérus, en pressant sur son fond, au-dessus du pubis. Le col est alors découvert avec les écarteurs, puis saisi par sa lèvre antérieure avec une pince de

Museux. Si la dilatation n'est pas suffisante pour permettre l'exploration de la cavité utérine, on la complètera avec les bougies de Hégar. Il est en effet utile, à ce moment, de se rendre compte de la situation exacte du fibrome et de son volume. On fera alors l'hémostase provisoire du col, en plaçant une ligature en masse à droite et à gauche du col (Voir la technique de cette ligature p. 100).

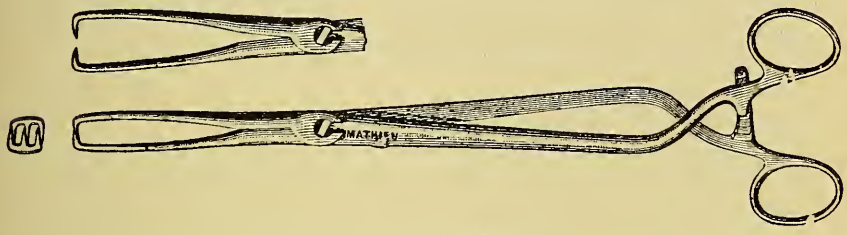

Fig. 281. — Pinces de Museux.

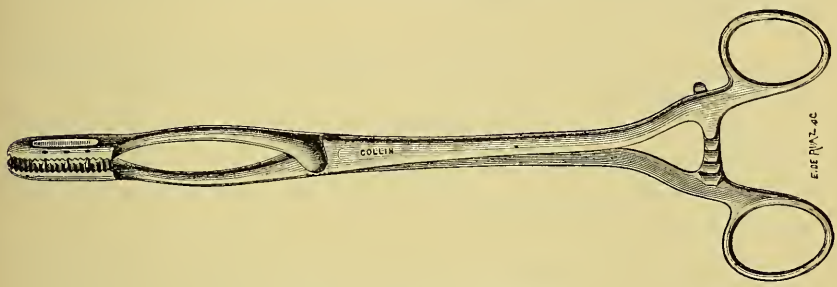

Fig. 282, — Pince à morcellement.

On incisera ensuite le col jusqu'aux culs-de-sac vaginaux, de façon à lui faire une lèvre antérieure et une lèvre postérieure, sur chacune desquelles on place une pince à abaissement.

On abaissera l'utérus au maximum, puis on saisira la tumeur avec une pince de Museux. En tirant sur cette pince de la main droite, et en explorant le contour de la tumeur, avec l'index gauche, on déterminera, sur un point de sa périphérie, l'angle de réflexion de la muqueuse utérine et, en ce point, on pratiquera avec le bistouri une incision, qu'on prolongera sur la tumeur aussi loin que possible. La capsule se trouvera donc ouverte. Avec le doigt on s'en assurera et on commencera à pratiquer l'énucléation de la tumeur, qui se distinguera toujours du tissu utérin par sa consistance plus grande. Si le doigt ne suffit pas, ou ne peut atteindre les limites extrêmes de la tumeur, on pourra y suppléer avec l'énucléateur de Pozzi (*Fig.* 280). Pendant toute la durée de l'énucléation,

des pinces, placées sur la tumeur, l'attirent vigoureusement en bas. Quand elle sera complètement énucléée, on n'aura plus qu'à l'accoucher au moyen de simples pinces, ou, si elle est trop grosse, au moyen d'un instrument spécial destiné à l'écraser ou à en diminuer le volume. On terminera l'opération, en régularisant la plaie utérine autant que possible, en pratiquant le curettage utérin, enfin en suturant les deux incisions latérales faites au col. Comme pansement, on fera un tamponnement de la cavité utérine à la gaze iodoformée, puis un tamponnement du vagin.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Matthews Duncan (1867). — Ce chirurgien faisait l'opération en *deux temps*, à quelques jours d'intervalle. La capsule une fois ouverte et l'énucléation commencée, il s'arrêtait. Quelques jours plus tard, il terminait l'opération, qui était alors plus facile, à cause du relâchement des adhérences et de l'infiltration de la capsule.

2° Procédé de Vulliet (1885). — Il fait une *incision intra-utérine* de la capsule. Pendant quelques jours, il prescrit de l'ergotine et pratique des séances d'*électrisation*, tout en faisant d'autre part, tous les deux jours, un *tamponnement* intra-utérin. Il termine enfin le travail spontané d'expulsion, en enlevant la tumeur comme un polype, ou par lambeaux.

3° Procédé de H. Delagénière (1893) (1) et de E. Schwartz (1896). — L'opération consiste à faire l'*hystérotomie médiane antérieure*, pour arriver sur le fibrome, qui est ensuite énucléé. C'est l'application, à l'énucléation des fibromes, du procédé d'hystérotomie vaginale de Doyen pour corps fibreux.

On peut ainsi résumer l'intervention : Incision du cul-de-sac antérieur du vagin ; décollement de la vessie; ouverture du péritoine, si elle est nécessaire ; section médiane de la lèvre antérieure du col et de la face antérieure de l'utérus jusqu'au fibrome ; énucléation ou morcellement du fibrome ; suture de l'utérus et du col.

Suites. — L'énucléation expose à des accidents opératoires qui sont, par ordre de fréquence, l'*hémorrhagie*, la *perforation* et l'*inversion* de l'utérus. La seule façon de remédier à ces accidents, dès qu'on les aura constatés, est de pratiquer l'hystérectomie vaginale. Il en sera de même pour la septicémie post-opératoire.

(1) Voir Statistique Delagénière, 1893-4, p. 6.

Indications. — L'énucléation est une opération aussi grave que l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Elle ne trouve une indication rationnelle que dans les cas de *petits fibromes sous-muqueux*, dont le volume ne dépasse pas celui d'un œuf. Au-dessus de ce volume, elle nous paraît contre-indiquée.

C'est une opération conservatrice; mais à ce titre elle n'a d'indication précise que chez la femme jeune qui n'a pas atteint 40 ans. A partir de cet âge, l'énucléation perd de nouveau ses droits.

CHAPITRE XXVI.

618.14.82.66
ÉNUCLÉATION TRANSVAGINALE.

Définition. — C'est l'opération de l'énucléation, pratiquée à travers une incision de la paroi vaginale, pour des fibromes nés de la partie sus-vaginale du col, ou de la face postérieure de l'utérus.

Historique. — Derweer (1879), Czerny (1881), Ljocis (1878), Olshausen (1884), rapportèrent les premiers cas connus. E. Bœckel (1885), fit, le premier, une opération raisonnée et qui doit servir de type pour les énucléations transvaginales des fibromes nés du col. A. Martin (1895) se servit de la voie vaginale pour énucléer, par le cul-de sac antérieur, des fibromes sous-péritonéaux, bas situés.

Technique opératoire. — Ce seront les mêmes préparatifs. Il faudra les mêmes *instruments* que pour l'énucléation à travers le col.

A. Manuel opératoire classique. — La malade est dans la position de la taille. Le col, découvert par les écarteurs et saisi par une de ses lèvres, sera dilaté avec les bougies de Hégar. Deux cas principaux peuvent se présenter.

1° La tumeur soulève une des parois vaginales, le plus souvent la paroi postérieure. On saisit la lèvre postérieure du col avec deux pinces à abaissement, placées de chaque côté de la ligne médiane. Avec les ciseaux droits, on incise la lèvre postérieure du col, sur la ligne médiane, jusqu'au cul-de-sac du vagin. Avec le doigt on cherche à se rendre compte des connexions de la tumeur avec le col ; puis, avec le bistouri, on incise franchement la paroi vaginale sur la ligne médiane et dans toute l'étendue de la tumeur. Cette incision donne peu de sang. Si cela devenait nécessaire, on placerait des pinces hémostatiques sur les vaisseaux sectionnés. Avec le doigt, on isole alors une partie de la surface de la tumeur. Si celle-ci est petite, on l'énuclée rapidement. Si elle est volumineuse, il faut agir méthodiquement ; car la tumeur peut être *née du col*, mais elle peut aussi naître de la face postérieure de l'utérus et avoir une partie de sa masse coiffée par le péritoine.

On fera mieux, dans ces cas, de recourir au morcellement, qu'on pratiquera, en commençant par l'extrémité antérieure de la tumeur. On se rapprochera ainsi, peu à peu, du col et de l'utérus. Si la cavité péritonéale se trouve ouverte au cours de l'opération, on en profitera pour se renseigner par le toucher intra-péritonéal. Mais l'exploration faite, la séreuse devra être fermée par quelques fils placés sur l'ouverture, puis l'opération sera terminée, en énucléant la masse. Il en résulte une cavité, plus ou moins considérable, creusée dans la paroi vaginale postérieure. Cette cavité sera capitonnée au moyen d'un surjet de catgut. On suturera ensuite le col et l'incision vaginale; enfin on placera un drain dans le museau de tanche et on fera un tamponnement lâche du vagin.

2° La tumeur est sous-péritonéale, et occupe le cul-de-sac antérieur ou le cul-de-sac postérieur. Dans ces conditions, on pratique sur la demi-circonférence antérieure ou postérieure du col une incision courbe, qu'on prolonge d'un centimètre à droite et à gauche. Avec le doigt on décolle, si on opère en avant, la vessie et les uretères, comme dans l'hystérectomie vaginale, puis on ouvre le cul-de-sac péritonéal, dans toute l'étendue de l'incision. Si on opère en arrière, on suit le col et on ouvre directement le cul-de-sac. Avec le doigt on reconnaît le fibrome, on le saisit avec une pince de Museux et on l'attire dans la plaie vaginale. Là on fait au bistouri une incision sur l'utérus, on ouvre la capsule, on enuclée le fibrome, puis on suture la cavité à double plan (Voir *Myomotomie abdominale*, et on réduit l'utérus. On termine en suturant la brèche péritonéale et l'incision vaginale.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Derweer (1879). — Peut se résumer ainsi: ouverture de la capsule du fibrome; énucléation aussi étendue que possible d'une partie de la tumeur avec des ciseaux dentés; puis accouchement dans le vagin incisé, d'abord, puis hors la vulve, avec un petit forceps obstétrical.

2° Procédé de Czerny (1881). — Il pénètre sur le fibrome, au moyen d'une incision transversale, faite au vagin, sur la tumeur. Il opère ainsi à travers le *dôme* antérieur ou le *dôme* postérieur du vagin.

Suites. — L'énucléation intra-péritonéale, après colpotomie. est une opération plus grave que celle de l'ablation d'un fibrome qui est né du col et a décollé la cloison recto-vaginale.

Les accidents de la première opération sont les mêmes que ceux de la myomotomie après laparotomie: *infection* péritonéale, *hémor-*

rhagie, et quelques-uns de l'hystérectomie vaginale, etc. Dans la seconde, il faut signaler l'ouverture du péritoine (sans importance), la blessure possible du *rectum*, l'*hémorrhagie*, le *thrombus du vagin,* etc.

Indications. — L'énucléation transvaginale est indiquée dans les *petites tumeurs qui ont dédoublé la cloison recto-vaginale.* Pour ces tumeurs, quand elles sont volumineuses, il faut recourir à l'hystérectomie abdominale totale, plus radicale, plus facile et plus rapide. L'énucléation transvaginale des fibromes sous-séreux ne sera indiquée que très rarement chez des *femmes jeunes*, et pour des tumeurs *petites* (au maximum du volume d'un œuf) et *bas situées.*

CHAPITRE XXVII.

618.14.82.6[≡.2.+.3+.8]
MYOMOTOMIE VAGINALE.

Définition.— Cette opération a pour but d'enlever, par morceaux successifs, les fibromes trop volumineux pour être énucléés.

Synonymie. — *Énucléation par morcellement.* — *Opération de Péan.*

Historique. — L'idée première de la myomotomie vaginale paraît appartenir à Emmet (1874), qui décrit succinctement l'opération sous le nom d'*Extraction des corps fibreux par traction.* Czerny publia aussi quelques observations de morcellement de tumeurs fibreuses. Mais c'est à Péan que revient le mérite d'avoir érigé la myomotomie en méthode, et d'avoir définitivement arrêté la technique du morcellement.

Technique opératoire. — La malade doit être préparée comme pour subir l'hystérectomie vaginale par morcellement, car l'ablation de l'utérus fibromateux peut se trouver indiquée, si l'énucléation se complique d'hémorrhagie, ou si elle présente une trop grande difficulté dans son exécution.

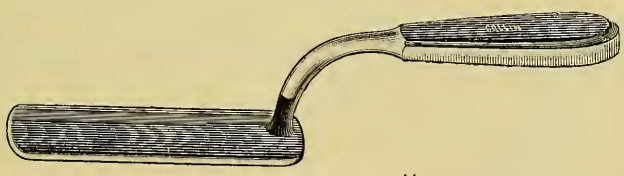

Fig. 283. — Ecarteur contre-coudé.

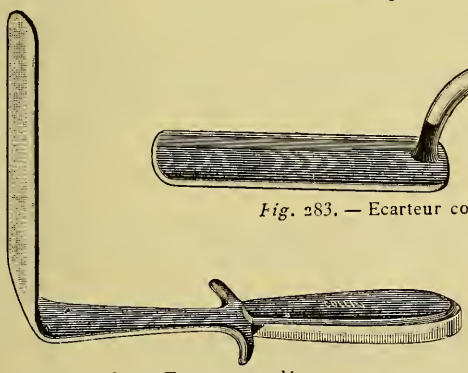

Fig. 284. — Ecarteur coudé.

Instruments. — Il faudra un grand nombre d'instruments. Deux écarteurs larges du vagin, deux écarteurs coudés de Péan (*Fig.* 283)

et deux écarteurs bi-coudés (*Fig.* 284), quatre pinces à morcellement (*Fig.* 294, 295 296), deux pinces à abaissement (*Fig.* 291),

Fig. 285. — Bistouri droit à morcellement.

Fig. 286. — Bistouri courbé à droite.

Fig. 287. — Bistouri courbé à gauche.

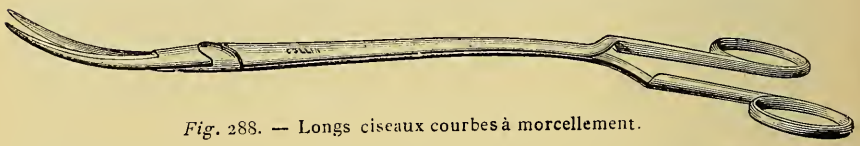

Fig. 288. — Longs ciseaux courbes à morcellement.

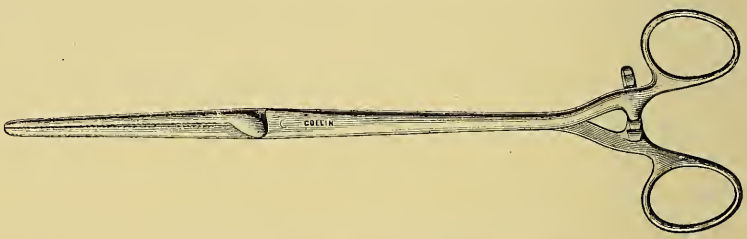

Fig. 289. — Pince droite du Professeur Terrier.

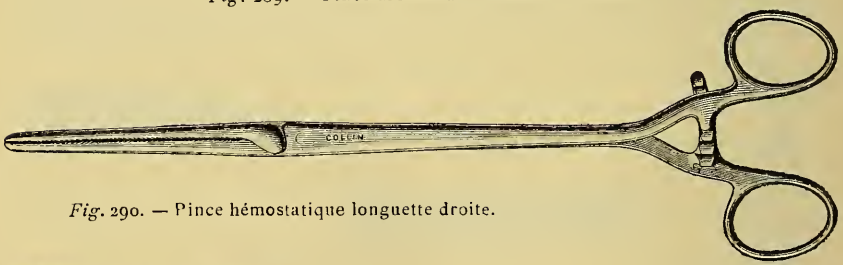

Fig. 290. — Pince hémostatique longuette droite.

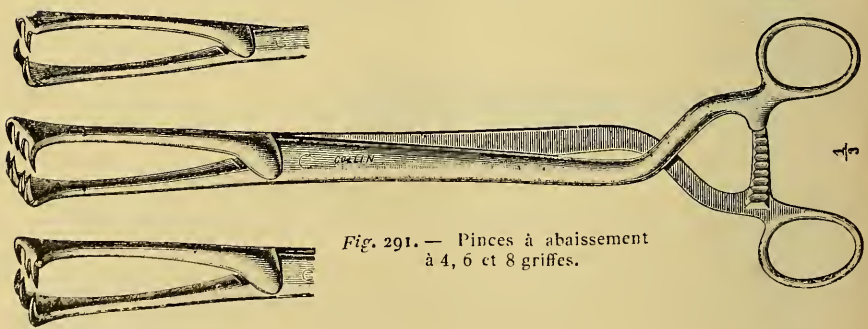

Fig. 291. — Pinces à abaissement à 4, 6 et 8 griffes.

deux douzaines de pinces hémostatiques longues, à mors courts pour l'hystérectomie vaginale (*Fig.* 289, 290, 292 et 293). Un long

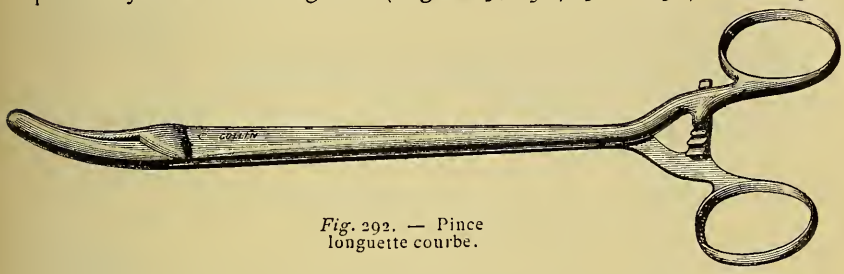

Fig. 292. — Pince longuette courbe.

Fig 293. — Pince hémostatique à mors droits et courbes.

Fig. 294. — Pince à morcellement à mors sans pointes.

Fig. 295. — Pince à morcellement ovalaire à mors avec pointes.

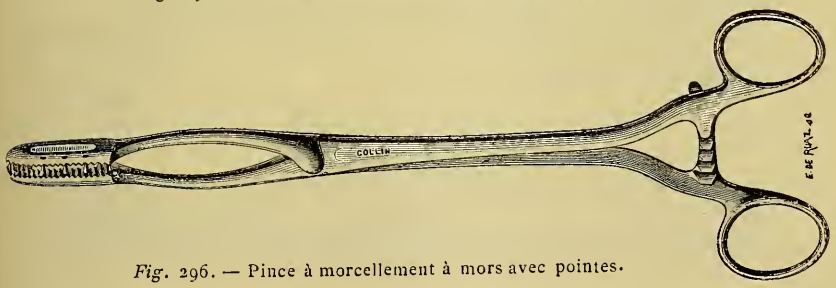

Fig. 296. — Pince à morcellement à mors avec pointes.

bistouri droit (*Fig.* 285) et des courbes (*Fig.* 286 et 287.) sur le plat, une longue paire de ciseaux droits et courbes (*Fig.* 288).

Quatre aides seront utiles; trois sont indispensables.

Manuel opératoire. — La malade est mise dans la position la-

térale gauche, la jambe gauche étendue et la jambe droite fléchie

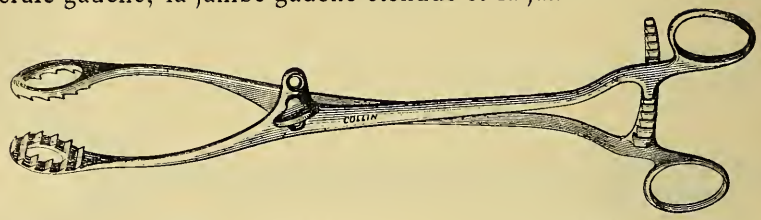

Fig. 297. — Pince à articulation mobile du Dr Jeannel.

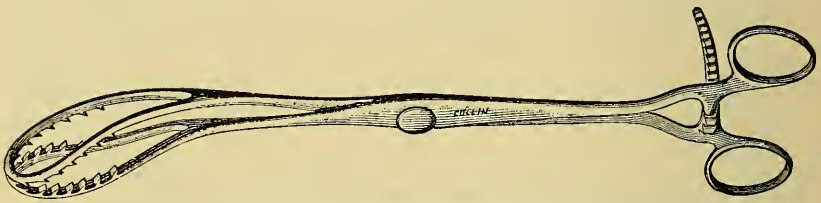

Fig. 298. — Pince en forme de forceps.

Fig. 299. — Pince à forcipressure à mors courts et trapus.

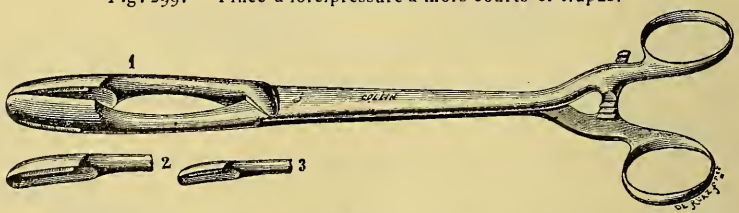

Fig. 300. — Pince coupante de Doyen pour fibromes. — 1, 2, 3, grand, moyen et petit modèle.

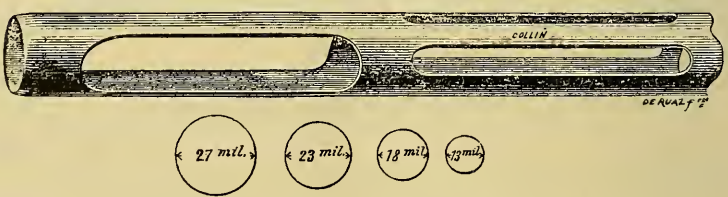

Fig. 301. — Tube tranchant pour l'évidement vaginal des fibromes.

et confiée à un aide assis. Un deuxième aide, placé derrière le dos

de la malade, tient un écarteur. Les deux autres aides sont placés à droite et à gauche.

Le col est découvert avec les écarteurs et saisi avec une pince de Museux. Une incision circulaire est faite tout autour du col, dont on commence l'isolement avec le doigt. Cet isolement est poussé jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux, qu'il ne faut pas ouvrir. En haut et en bas, on place une ou deux pinces hémostatiques, pour arrêter le sang s'il y a hémorrhagie. La libération du col doit être complète. Avec les ciseaux droits on sectionne alors le col, à droite et à gauche, dans toute sa hauteur, *en empiétant sur le segment inférieur de l'utérus.* On le transforme ainsi en deux valves, supérieure et inférieure, qu'on saisit séparément avec une pince à abaissement. On écarte ces deux valves l'une de l'autre et on introduit le doigt dans l'utérus, pour reconnaître la situation du fibrome et son volume.

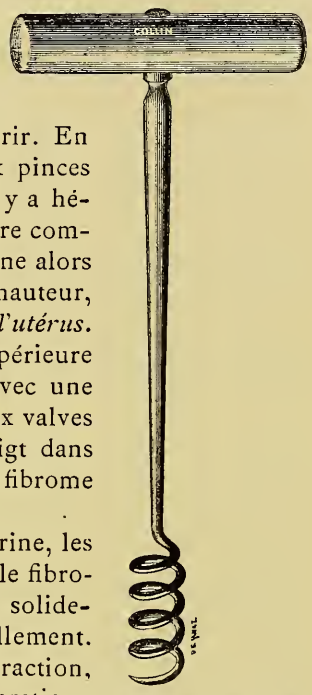

Fig. 302. — Tracteur en spirale de Segond, pour hystérectomie vaginale dans les cas de fibrome

On introduit alors, dans la cavité utérine, les écarteurs coudés de Péan afin de rendre le fibrome visible et accessible; puis, on amarre solidement, sur la tumeur, une pince à morcellement. Avec cette première pince on exerce une traction, puis, juste au-dessus de sa prise, on pratique une petite incision transversale, sur la lèvre supérieure de laquelle on applique immédiatement une deuxième pince à morcellement. Cette pince est confié à un aide, pendant que le chirurgien excise en cône les tissus pris par la première pince. Ce cône enlevé, on replace immédiatement la pince sur un des bords de la solution de continuité, puis on enlève un deuxième cône, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la tumeur se trouve en quelque sorte évidée. On cherche alors par des tractions et des mouvements de rotation, à énucléer le reste de la tumeur. Si on n'y parvient pas, on continue le morcellement. On arrive ainsi, péniblement et lentement, à extirper des tumeurs du volume de la tête d'un fœtus.

Quand on aura ainsi enlevé un premier fibrome, il faudra avec soin explorer la cavité utérine, afin de s'assurer s'il n'y a pas d'autres noyaux fibreux. Ceux-ci, s'ils existent, seront traités comme précédemment.

Une fois que l'utérus sera complètement débarrassé de ses corps fibreux, on fera une large irrigation de sa cavité avec de l'eau stérile chaude à 50°. On évacuera tous les caillots, on résèquera les parcelles flottantes de tissu utérin, enfin avec des compresses montées, on recherchera avec patience les sources de l'hémorrhagie. On placera sur chaque artériole, une pince hémostatique longue, qu'on laissera à demeure. Enfin on terminera l'opération en faisant la suture du col, si cette suture est possible ; dans le cas contraire, on fera l'excision du col et on pratiquera la suture du vagin au segment inférieur de l'utérus.

On fera enfin un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée et on placera une sonde de de Pezzer dans la vessie.

Les pinces, dont le nombre peut varier de 10 à 20, sont enlevées au bout de 48 heures. On renouvelle alors le tamponnement, qu'on supprime définitivement trois jours plus tard, pour commencer les injections vaginales. La moindre élévation de température devra faire craindre un commencement d'infection de la plaie utérine. On devra immédiatement refaire un tamponnement de la cavité utérine avec de la gaze iodoformée, coupée en bandelettes étroites et renouveler ce tamponnement toutes les 48 heures, tant que la température ne sera pas redevenue normale.

Suites. — Les suites de cette opération sont relativement simples, quand il n'y a eu aucun accident opératoire et quand la durée de l'intervention n'a pas été longue. Certaines opérations de Péan ont dépassé trois heures. On devra donc craindre dans ces cas le shock opératoire.

L'*hémorrhagie*, la *perforation de l'utérus*, l'*ouverture du péritoine* sont les accidents les plus fréquents au cours de l'opération.

L'ouverture du péritoine n'a pas d'importance, si les précautions antiseptiques sont rigoureusement prises. L'hémorrhagie, si elle ne peut être facilement arrêtée, ainsi que la perforation de l'utérus, sont des indications formelles de l'hystérectomie vaginale.

Quant à la *septicémie post-opératoire*, son seul traitement logique est aussi l'ablation de l'organe infecté.

Indications. — L'opération de Péan a été aujourd'hui abandonnée, même par les élèves directs de ce chirurgien, en faveur de l'hystérectomie vaginale par morcellement, qui est plus facile à exécuter, et qui est moins grave.

L'énucléation par morcellement peut cependant trouver son indication dans les cas de *fibrome sous-muqueux unique*, ne dépassant pas le volume du poing, chez des femmes encore jeunes.

CHAPITRE XXVIII.

618.14.82.7

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE

Définition.— On donne le nom d'*Hystérectomie vaginale* à l'ablation de l'utérus seul ou de l'utérus avec les annexes, par le vagin.

Synonymie.— *Colpo-hystérectomie.— Castration utérine.— Castration vaginale totale. — Castration tubo-ovarienne. — Opération de Péan.*

Historique. — L'hystérectomie vaginale est une opération ancienne. On trouve, en effet, cette opération mentionnée dès le deuxième siècle.

La première observation authentique est due à Ambroise Paré, qui fit l'opération en 1575. La technique fut étudiée plus tard par Sauter (1822), Récamier (1828), Blundell (1828), Clément (1830), dans tous ses détails.

Sauter insista sur la marche générale de l'opération, conseilla l'abaissement de l'organe, et la bascule en avant. Récamier alla plus loin : il étudia l'hémostase, non seulement au moyen de ligatures, mais aussi au moyen d'une lame de plomb, avec laquelle il voulait faire la forcipressure des vaisseaux. Enfin pour faciliter l'abaissement de l'utérus, il conseilla les débridements vaginaux. Blundell eut recours au décubitus latéral et à la bascule du corps de l'utérus en arrière. Enfin Clément fit des ligatures à étages successifs sur les ligaments larges.

L'opération, telle que nous la pratiquons aujourd'hui, a donc été élaborée par ces quatre auteurs, dont on ne saurait taire le nom sans injustice. Les gynécologistes modernes ont perfectionné les détails, vulgarisé l'opération, grâce à la découverte de l'antisepsie.

L'opération, tombée dans l'oubli, fut reprise en 1878, en Allemagne, par Czerny, Billroth, Schrœder, A. Martin, Olshausen. En France, Péan en 1882, Demons, Bœckel, Terrier un peu plus tard, pratiquèrent l'opération.

L'hémostase définitive par les pinces à demeure fut perfectionnée par Spencer Wells, Péan, Richelot.

Sous l'influence de l'impulsion donnée par Péan à l'opération, qu'il étendit aux cas de métrite chronique avec suppurations annexielles, et aux fibromes, l'opération entra dans une ère nouvelle. Péan enleva l'utérus par tranches successives; Muller, pour faciliter le traitement des ligaments larges, pratiqua l'hémisection médiane; Doyen, l'incision médiane, antérieure pour faciliter la bascule en avant de Sauter. Là se bornent du reste les modifications modernes importantes, sur lesquelles nous reviendrons en étudiant les procédés.

Technique opératoire. — *Préparation de la malade.* — Quand cela a été possible, la malade a pris des injections antiseptiques pendant huit à quinze jours avant l'opération, et des grands bains savonneux tous les deux jours, pendant le même laps de temps.

Quatre ou cinq jours avant l'opération, elle subira la préparation vaginale suivante. Matin et soir le col et le vagin seront écouvillonnés avec soin avec des petits tampons imbibés d'alcool ou d'éther; toutes les mucosités seront ainsi enlevées. On terminera le nettoyage, en faisant un badigeonnage du museau de tanche et des culs-de-sac vaginaux avec de la teinture d'iode. Lorsque le col sera atteint d'une ulcération (comme dans les cas de métrite ancienne, cancer du col, etc)., on pratiquera, après le nettoyage, un tamponnement du vagin avec de la gaze iodoformée. Si le col n'est pas ulcéré, le tamponnement vaginal est inutile.

L'avant-veille de l'opération, la malade est purgée, et quand elle n'éprouve pas de répugnance pour le lait, soumise au régime lacté jusqu'à l'opération. La veille elle est complètement rasée, puis savonnée dans un bain.

Le jour de l'opération et pendant l'anesthésie, la vessie est vidée au moyen de la sonde ; le pubis et la vulve vigoureusement savonnés avec une brosse douce et du savon ; enfin, le vagin est nettoyé d'abord directement avec des tampons imbibés d'alcool, puis lavé à grande eau stérile, chaude. Les parties ulcérées, et l'orifice du col sont enfin touchés avec de la teinture d'iode.

Les jambes de la malade sont enveloppées dans des flanelles chaudes.

Ainsi préparée et anesthésiée, la malade est transportée sur la table d'opération. Cette table d'opération est chauffée, elle est à plan incliné facultatif (V. p. 137), ce qui permettra de placer la malade la tête en bas, au moment du pansement. Sur la table, la

malade est placée dans la position de la taille, les jarrets soutenus par les supports. Ces supports, par leur forme coudée, permettent de maintenir les cuisses fortement fléchies sur l'abdomen. Une ser-

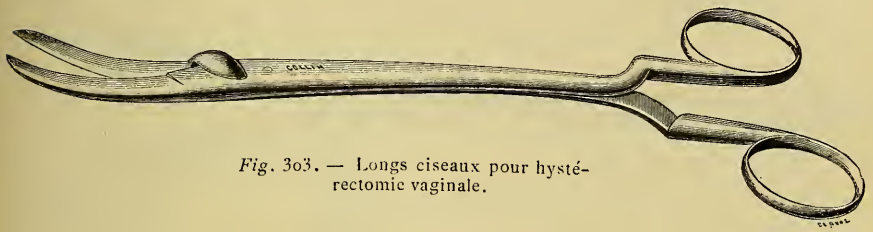

Fig. 303. — Longs ciseaux pour hystérectomie vaginale.

Fig. 304. — Lame de bistouri, grandeur naturelle.

Fig. 305. — Pinces droites de H. Delagénière.

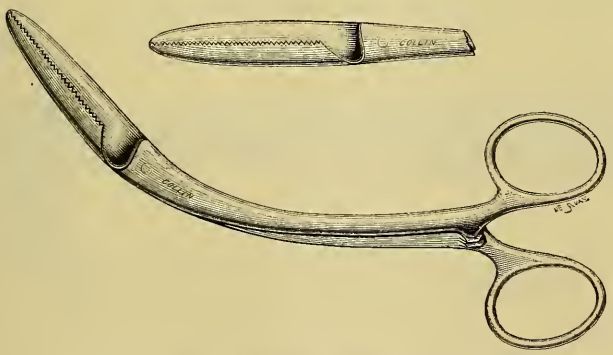

Fig. 306. — Pinces hémostatiques du Dr H. Delagénière.

viette stérile est placée sur chaque cuisse, une autre sur le pubis, une dernière enfin, sous l'anus, pour préserver les mains du contact de la table. Une injection au sublimé au millième est encore donnée, les cuisses, l'anus et la vulve sont de nouveau frottés avec une

solution de permanganate de chaux à 50 centigrammes pour mille, puis avec une solution de sublimé au millième.

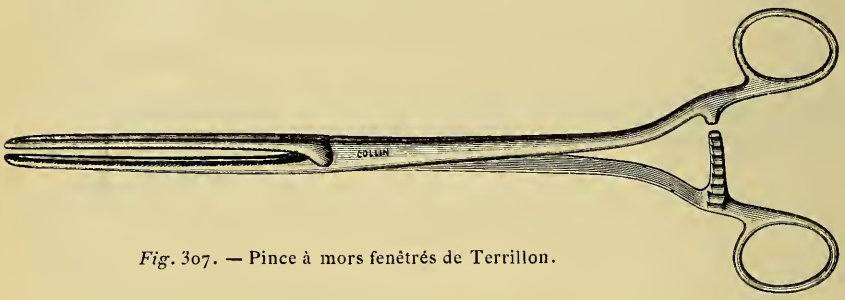

Fig. 307. — Pince à mors fenêtrés de Terrillon.

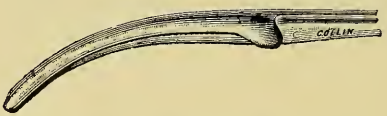

Fig. 308. — Pince longuette courbe.

Fig. 309. — Pince érigne élastique.

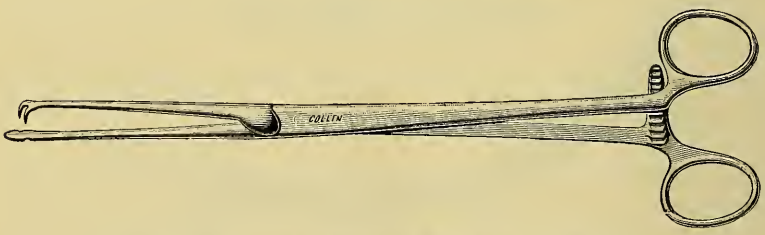

Fig. 310. — Pince à abaissement à deux griffes de Segond.

Fig. 311. — Sonde utérine de H. Delagénière.

Instruments. — On ne doit pas entreprendre de faire une hystérectomie vaginale sans avoir sous la main tous les instruments

nécessaires, non seulement pour mener à bien l'opération, mais encore pour remédier à tout accident possible au cours de l'intervention.

La liste suivante doit être considérée comme un minimum.

Deux écarteurs vaginaux, un long et un court (*Fig.* 312, 313, 314); une sonde de femme; une sonde utérine à double courant

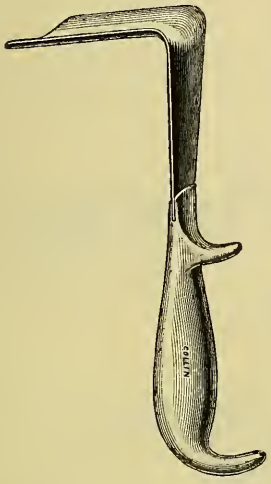

Fig. 312. — Valve à crochets de Segond.

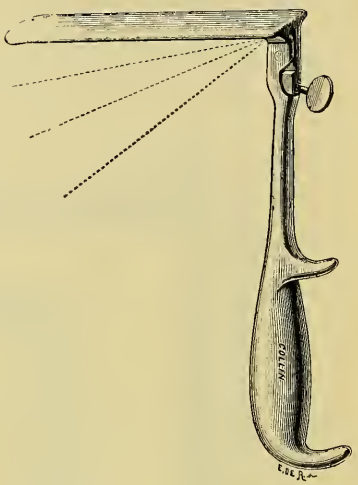

Fig. 313. — Ecarteur à angle mobile de Segond.

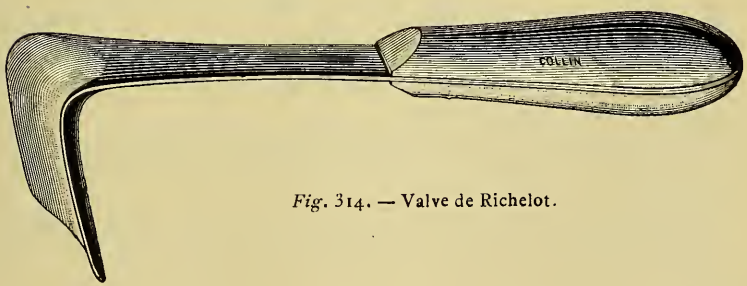

Fig. 314. — Valve de Richelot.

(modèle H. Delagénière) (*Fig.* 311); un bistouri ordinaire (*Fig.* 304); deux bistouris à gynécologie (modèle Péan); des ciseaux ordinaires droits et courbes, et des ciseaux longs et forts de gynécologie (modèle Segond) (*Fig.* 303); pinces à disséquer longues et courbes; quatre pinces à abaissement et morcellement (modèle Richelot); deux pinces de Museux (modèle Collin); douze pinces

clamp longuettes (modèle Segond) (*Fig.* 308); six pinces clamp courtes (modèle H. Delagénière) (*Fig.* 305, 306); une aiguille à pédicule (modèle Terrier); une aiguille de Reverdin courbe; des aiguilles à surjet courbes et droites.

Comme accessoires : 24 compresses éponges stériles; des soies fines et grosses; le tout stérilisé à l'autoclave. Enfin un bock émaillé avec quatre litres d'eau stérile chaude, pour lavages pratiqués avec la sonde à double courant.

Aides. — Deux aides, indépendamment du chloroformisateur, sont indispensables. L'un, à droite de la malade, est chargé de l'é-

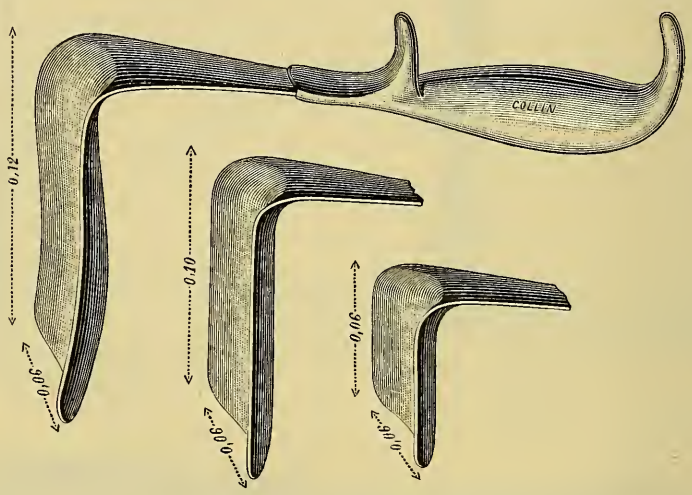

Fig. 315. — Ecarteurs vaginaux de Doyen.

carteur court ou rectal et des tampons éponge, l'autre, à gauche, tient l'écarteur long ou vésical et passe les instruments, si c'est nécessaire.

Ces deux aides, comme le chirurgien, ont les mains absolument désinfectées.

A. Manuel opératoire personnel. — L'hystérectomie vaginale ne doit pas être assujettie à une règle fixe. Il y a un grand nombre de manières d'enlever un utérus par la voie vaginale, chaque technique ayant ses indications spéciales, suivant les cas pathologiques observés. Chaque chirurgien a ses préférences, chacun a sa manière de faire. Nous allons exposer la nôtre, à laquelle nous sommes

arrivé progressivement et par tâtonnements, après avoir essayé de toutes les méthodes en vogue.

Nous distinguons deux cas. Dans l'un, l'utérus, petit ou volumineux, est *resté libre d'adhérences :* par suite il est abaissable par simples tractions, ou il le sera, après réduction de son volume. Dans l'autre cas, l'*utérus est adhérent*, et ses adhérences s'opposent à tout abaissement.

Si l'utérus est libre, nous distinguons les cas où il est *petit* et très abaissable, sans lésions intenses des annexes ; ceux où l'opération est pratiquée pour *cancer du col* ; ceux où l'*abaissement n'est pas considérable* et où les lésions des annexes sont en cause ; ceux enfin où l'*abaissement est impossible*, à cause du volume de l'organe.

Si l'*utérus est adhérent*, *impossible à abaisser* à cause de ses adhérences, il constitue encore un cas particulier.

Les cinq cas précédents se présentent couramment dans la pratique journalière, et pour chacun d'eux l'opération doit être différente. Nous allons donner successivement les cinq techniques que nous suivons.

I. *Utérus petit et très abaissable.* — Hystérectomie vaginale avec ligatures (Type : *Hystérectomie vaginale pour prolapsus*) (1).

Le col est découvert, saisi avec une pince à abaissement et fortement attiré en bas, hors de la vulve si c'est possible. Au ras du col, tout près de l'orifice du museau de tanche, en avant, on commence une incision circulaire au bistouri. Cette incision cerne le col en avant, mais s'écarte davantage du museau de tanche, en arrière. Deux incisions latérales, à droite et à gauche, longues de deux centimètres, partent de l'incision circulaire, pour se porter en dehors, en suivant la direction de la base des ligaments larges. Avec les ciseaux et surtout l'index droit, recouvert d'une compresse de gaze, on commence la décortication du col, en suivant de très près le tissu utérin. Cette décortication est minutieuse en avant, à cause de la vessie et des uretères. Pour la conduire à bien, le doigt, toujours entouré d'une compresse de gaze, crée d'abord une sorte de tunnel médian, puis il continue à droite et à gauche la décortication, toujours en suivant le tissu utérin. Sur les côtés, quand la face antérieure du col

(1) Nous supposons que le vagin n'a pas à subir de résection, ni d'avivement pour des autoplasties. Dans le cas contraire, lorsque en même temps que l'ablation de l'utérus on doit remédier à une cystocèle et à un effondrement du périnée, nous ne faisons pas d'incisions libératrices, mais enlevons en avant un vaste lambeau ovalaire de la paroi vaginale, s'étendant depuis le méat urinaire jusqu'au museau de tanche, et en arrière, un petit lambeau triangulaire dont la base répond à l'incision circulaire du col. Nous terminons enfin, quand l'utérus est enlevé, par une périnéorrhaphie de Tait.

est libérée, on continue un peu le décollement. Ce décollement antérieur ne doit être arrêté que lorsque le doigt a perforé la séreuse, ou quand celle-ci est reconnue. Dans les deux cas, elle doit être largement incisée, transversalement. Une compresse montée est introduite dans l'ouverture faite à la séreuse.

Passant en arrière, l'isolement du col est fait rapidement avec le doigt, jusqu'à la séreuse, qui est aussi très largement ouverte transversalement. On s'assure, par cette dernière ouverture, de l'état des annexes et on place une deuxième compresse montée dans le péritoine.

En exerçant alors une traction sur le col, on s'assure du bon isolement de l'organe. On retire les compresses préservatrices et on place en haut le long écarteur, pour protéger la vessie et les uretères, et en bas, le court écarteur, pour maintenir béante l'ouverture du cul-de-sac de Douglas.

La base des ligaments larges est à la vulve. On saisit, avec une pince courte à forte pression, la base de chaque ligament large, à cinq millimètres le long du col, en prenant bien soin que l'extrémité de chaque bec de la pince arrive dans la cavité séreuse, par conséquent au-dessus de l'artère utérine. On ferme vigoureusement la pince, et on la laisse en place, pendant qu'on applique une pince similaire du côté opposé. Ces pinces très fortes ont pour but d'écraser les tissus qu'elles enserrent, ce qui facilite l'application des ligatures. Celles-ci se plaçent de la façon suivante.

Avec l'aiguille à pédicule, on passe à travers le ligament large d'arrière en avant, et au bout de la pince laissée à demeure, un double fil de grosse soie. Ce fil est divisé en deux anses qui sont repérées séparément. La pince est alors enlevée, et dans le sillon qu'elle laisse, une des anses de fil est nouée fortement. Le premier nœud est confié à l'aide, pendant qu'avec les ciseaux on sectionne le ligament large contre le col, en dedans du sillon creusé par la pince. La section doit être faite jusqu'au niveau du deuxième fil repéré. Reprenant le premier fil de la main de l'aide, le nœud est terminé, en serrant autant que possible. Le deuxième fil est alors noué en dehors du premier, à la manière de Bantock, en passant l'anse avec l'aiguille de Reverdin, en dehors du premier fil.

On lie de la même façon, de l'autre côté, la partie inférieure de l'autre ligament large.

Tirant alors sur le col, l'utérus s'abaisse encore, et il est facile avec le doigt de luxer en avant le fond de l'organe. La moitié supérieure des ligaments larges est alors accessible ; un double fil de

soie est passé par-dessus cette moitié du ligament large avec l'aiguille à pédicule, et chaque moitié est repérée séparément, pour faire deux nœuds séparés.

Un des fils est serré très vigoureusement et le nœud est confié à l'aide qui le maintient serré, pendant que la section est faite le long de l'utérus. Quand la section est faite, le nœud est terminé en serrant le fil au maximum. Cette première anse fermée, la deuxième anse est nouée par notre procédé, dit à *boucle passée* (1) en passant la boucle immédiatement en dehors du premier fil. Le ligament large du côté opposé est traité de la même façon, et l'utérus est enlevé. Il existe donc de chaque côté deux pédicules, deux inférieurs, pour les artères utérines, deux supérieurs, pour les utéro-ovariennes.

A ce moment, peut se poser l'indication d'enlever les annexes, si

(1) *Nœud à boucle passée.* — Nous allons le décrire en détail, après l'avoir employé presque exclusivement pour tous nos pédicules depuis près de neuf ans, sans jamais avoir rien trouvé à lui reprocher.

Les annexes, ou la pince qui tient le pédicule, sont confiés à l'aide, dont le rôle unique consistera à les maintenir, sans avoir à exécuter le moindre mouvement. Une grosse soie plate, longue de 30 centimètres environ, est passée derrière le pédicule. Celui-ci est traversé, en son milieu, par une aiguille de Reverdin mousse, avec laquelle on saisit le milieu du

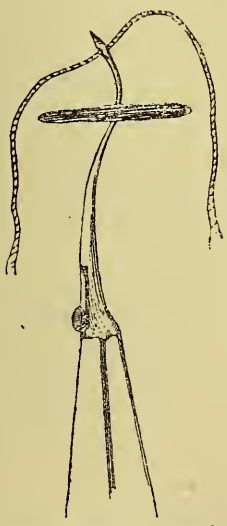

Fig. 316. — 1er *Temps* du nœud à boucle passée. — L'aiguille traverse le milieu du pédicule et saisit le milieu du fil placé derrière.

Fig. 317. — 2e *Temps.* — L'aiguille passe la boucle à travers le pédicule.

fil (*Fig.* 316) qu'on attire en boucle à travers le pédicule (*Fig.* 317). Cette boucle doit avoir une longueur de 2 ou 3 centimètres. Prenant alors successivement les deux chefs du fil, on les passe dans l'intérieur de la boucle en les croisant et en les nouant (*Fig.* 318). Le

elles sont trouvées malades ou peuvent devenir cause d'une infection péritonéale.

Ce complément de l'opération se fera avec le plus grand soin, pour éviter de déplacer les ligatures supérieures. Une pince clamp de Segond sera placée sous l'ovaire et la trompe, *au-dessus* du pédicule supérieur correspondant et, avec cette pince, les annexes seront abaissées doucement, en détachantavec le doigt les quelques adhérences qu'elles peuvent présenter, *jusqu'à ce que le pédicule devienne accessible*. Alors seulement le pédicule sera fait, au moyen d'un fil à boucle passée, très fortement serré, après avoir enlevé la pince. Quand le fil sera noué, on sectionnera les annexes au-dessus du pédicule.

Si le pédicule ne peut être rendu facilement accessible, il ne faut pas hésiter à laisser, à demeure, la pince de Segond et se contenter de sectionner les organes au-dessus. On s'exposerait, en faisant un pédicule très haut, à ne pas serrer suffisamment le fil, précaution qui doit dominer toutes les autres, dans l'hystérectomie vaginale avec ligatures.

L'opération est alors terminée. Avec des compresses montées, introduites dans la cavité de Douglas, on s'assure qu'il n'y a aucun liquide collecté. Puis on incline la malade à 45° pour procéder au pansement, afin de ne pas risquer de pincer une anse intestinale entre le tampon et l'ouverture péritonéale, ce qui amènerait consécutivement une adhérence de l'intestin avec toutes ses conséquences.

Quand la malade est inclinée, avec une pince longuette, on intro-

nœud est alors terminé; il suffit de tirer très vigoureusement sur les chefs du fil pour étreindre le pédicule. Le premier nœud est ainsi fait dans l'intérieur de la boucle; le deuxième se fera en dehors de cette même boucle (*Fig.* 319).

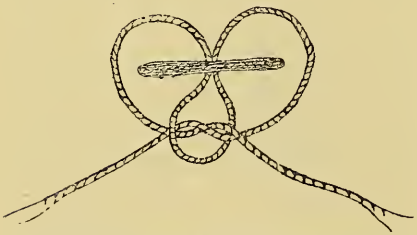

Fig. 318. — 3e *Temps*.— Les deux chefs du fil sont croisés, puis noués dans l'intérieur de la boucle.

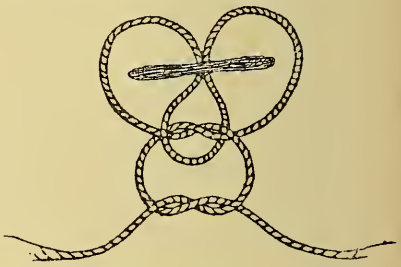

Fig. 319.— 4e *Temps*.— Les deux chefs du fil sont renoués par-dessus la boucle pour tenir le nœud.

Comme on le voit, ce nœud à boucle passée est fait avec un seul fil, en une fois, par l'opérateur seul; le pédicule est traversé en son milieu et partagé en deux moitiés, qui se trouvent également serrées; en outre la traction sur les chefs des fils est horizontale, au lieu d'être verticale, comme dans le nœud de Lawson Tait.

duit l'extrémité d'une compresse jusqu'au niveau de l'ouverture péritonéale, et on pratique un tamponnement lâche de toutes les parties cruentées ; enfin le vagin sera tamponné jusqu'à la vulve.

Cette dernière partie du tamponnement sera changée au bout de 48 heures ; mais la compresse du fond sera laissée en place pendant 5 à 6 jours. Le cinquième jour, les injections vaginales, avec une solution de permanganate de chaux à o. 25 centigrammes par litre, seront commencées avec précaution.

II. *Utérus atteint de cancer du col. — Colpo-hystérectomie vaginale avec pinces.*

Ici les indications sont spéciales et impriment un caractère particulier à l'opération. Comme pour l'extirpation de tout cancer, les limites du mal doivent être *très largement dépassées*; en outre il faut, au cours de l'opération, se mettre à l'abri des inoculations de la plaie par la surface ulcérée, et surtout des greffes cancéreuses.

Pout remplir ces indications, nous enlevons avec l'utérus le fond du vagin et les culs-de-sac vaginaux, de façon à former, au col malade, une sorte de capuchon, que nous maintenons appliqué sur le col avec les pinces à abaissement. Voici notre technique.

Le col est découvert avec les écarteurs. Avec le bistouri ou mieux avec le thermo-cautère, on incise circulairement le vagin, à deux centimètres au-dessous d'un plan transversal passant par le museau de tanche. Cette section sera faite prudemment, surtout sur la paroi antérieure du vagin. L'emploi du thermo-cautère facilite beaucoup cette section et simplifie la dissection de la muqueuse, en supprimant presque toute hémorrhagie. Lorsque cette section circulaire est terminée, on procède à la dissection de la muqueuse vaginale jusqu'aux culs-de-sac. Cette dissection se fait plus facilement aux ciseaux. On doit la commencer sur la paroi postérieure du vagin. Il n'y a aucun inconvénient à pratiquer deux incisions latérales partant du cul-de-sac latéral du vagin, pour se porter vers l'incision circulaire. Ces deux incisions transforment le segment du vagin, qu'on veut enlever, en deux valves, l'une antérieure et l'autre postérieure, dont la dissection est plus facile que celle d'un cylindre complet.

Quoi qu'il en soit, la dissection de la muqueuse vaginale doit être conduite jusqu'au *col*, c'est-à-dire que la muqueuse des culs-de-sac doit être détachée en totalité. Arrivé au col, dont on sent le contact avec le doigt, au pourtour de l'insertion du vagin, on rabat les deux lambeaux vaginaux disséqués sur le col, de façon qu'ils coiffent ce dernier complètement, en venant se réunir l'un à l'autre. Puis on

saisit l'extrémité des deux lambeaux avec une pince à abaissement et on sectionne transversalement le col avec le bistouri, de façon à enlever les deux lambeaux vaginaux avec le col ulcéré. On pratique alors un grand lavage du vagin et du champ opératoire, avant de terminer l'opération.

Pour cela, on saisit la portion sus-vaginale du col avec les pinces à abaissement et on décolle, avec beaucoup de soin, la vessie et les uretères. Ce décollement sera encore plus difficile que dans les cas ordinaires ; le doigt entouré d'une compresse de gaze ne devra pas quitter le tissu utérin. L'ongle de l'index commencera l'isolement à l'endroit précis où se faisait l'insertion du vagin. Une fois bien amorcé, ce décollement est aisé et sera poursuivi d'emblée jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'on ouvrira de suite largement. Une compresse montée sera introduite immédiatement dans l'ouverture, pendant que le décollement sera pratiqué en arrière. Ce temps de l'opération est facile et le péritoine est bientôt largement ouvert. En tirant sur les pinces placées sur le col, on s'assure que l'utérus est bien mobilisé. Avec le doigt, on se rend compte de l'état des ligaments larges, qui peuvent être envahis par le néoplasme. Dans ce cas on terminera en faisant une vaste incision vagino-périnéale.

Si les ligaments larges sont sains, on les traite de la façon suivante :

Les deux compresses sont remplacées par les deux écarteurs du vagin, celui d'en haut soulevant et préservant la vessie et les uretères. On saisit alors la base du ligament large, le plus loin possible du col, avec une pince courte, placée de façon que l'extrémité des mors arrive dans le péritoine, après avoir saisi l'artère utérine, et on ferme la pince à bloc. Une pince semblable est placée du côté opposé et le col utérin est libéré d'un coup de ciseaux, de chaque côté, en dedans des pinces. Cette section ne doit pas dépasser les deux tiers de la longueur des mors de la pince ; une fois faite, on abaisse encore l'organe, dont la descente est énormément facilitée par l'excision du vagin, et on place une pince longuette de Segond un peu en dedans de la première. On en place une semblable de l'autre côté et on sectionne le ligament large d'un coup de ciseaux, presque au ras de l'utérus.

Il y a donc deux pinces de chaque côté. Parfois la deuxième pince suffit pour saisir et comprimer tout le ligament large ; mais le plus souvent on doit appliquer une troisième pince de chaque côté.

Lorsque l'utérus sera enlevé, on vérifiera l'état des annexes, qu'on enlèvera, si elles sont malades ; puis on vérifiera l'hémostase des parois vaginales. On ne doit pas hésiter à pincer les vaisseaux importants, qui donnent du sang et pourraient causer des accidents ultérieurs.

Avec des compresses stériles montées, on procédera au nettoyage de la cavité de Douglas, puis on inclinera la malade et on appliquera avec beaucoup de soin le tamponnement de la plaie et du vagin. Le tamponnement doit être fait avec méthode. Une compresse de gaze stérilisée est d'abord placée dans le fond de la plaie, de façon à affleurer la cavité péritonéale et à séparer les extrémités des pinces droites de celles des pinces gauches. Cette compresse sera assez volumineuse pour tamponner toute la plaie saignante, mais elle ne devra pas empiéter sur le vagin sain. Une deuxième compresse sera ensuite placée dans le vagin, toujours entre les pinces droites et les pinces gauches ; enfin, pour terminer le tamponnement vaginal, des compresses stériles seront introduites entre la vulve et les pinces.

Une sonde à demeure sera placée dans la vessie, puis les anneaux de chaque pince seront liés avec un fil de soie, de façon à rendre tout déclanchement impossible. On terminera en *emballant* dans du coton stérile les anneaux des pinces, pour les soustraire aux chocs extérieurs.

La malade sera alors transportée dans son lit. On la maintiendra la tête basse pendant quelques heures. Pendant ce temps, on surveillera le bon fonctionnement de la sonde à demeure, l'état du pouls, pour se mettre en garde contre toute hémorrhagie interne.

III. *Utérus peu abaissable, avec ou sans lésions des annexes. — Hystérectomie vaginale avec pinces et par section médiane antérieure* (Type : *Métrite chronique avec annexites bilatérales peu intenses*).

Le col est découvert avec les écarteurs et saisi avec une pince à abaissement. On pratique le curettage de l'utérus, pour se mettre à l'abri des liquides septiques qu'il peut contenir, et qui inoculeraient la séreuse par l'intermédiaire des doigts ou des instruments. Le curettage terminé, on cerne le col par une incision circulaire, qu'on peut agrandir par deux débridements latéraux. Cette incision peut se faire au bistouri ou au thermo-cautère. On commence alors le décollement du vagin et l'isolement du col, avec le bout du doigt recouvert d'une compresse de gaze, en prenant bien soin de ne pas s'écarter du tissu utérin. Le décollement doit être fait d'abord en

arrière, et le cul-de-sac de Douglas doit être ouvert de suite. Par la brèche péritonéale, on pratiquera une exploration aussi complète que possible des organes pelviens. Le doigt suivra d'abord la face de l'utérus, rompra au besoin quelques adhérences, puis se portant vers les cornes de l'organe, cherchera les annexes, pour se rendre compte de leurs lésions. Cette exploration donne parfois des renseignements précis, lorsque l'utérus est rétroversé ou lorsque les annexes sont prolabées ; mais si l'utérus et les annexes sont en situation normale, cette exploration ne fournit aucun renseignement utile. On tient compte de la moindre adhérence, de la moindre augmentation de volume des annexes ; enfin dans quelques cas, la sensation de deux ovaires nous a permis de reconnaître la présence de pyosalpingites déjà volumineuses.

Lorsque l'exploration est terminée, on place une compresse dans le Douglas et on continue le décollement en avant jusqu'au cul-de-sac péritonéal, *qu'on ouvre* largement. On procède alors à la bascule de l'utérus en avant, afin de rendre les ligaments larges accessibles dans toute leur hauteur.

Pour exécuter cette bascule, on place en haut un large écarteur, pour protéger la vessie et les uretères, et en bas, le court écarteur, de façon à rendre l'ouverture du Douglas plus facilement accessible ; enfin on saisit la lèvre antérieure du col, à droite et à gauche, avec des pinces à abaissement. Avec les ciseaux, dont une branche est introduite comme conducteur dans la cavité cervicale, on sectionne le col sur la ligne médiane. Cette première section doit remonter jusqu'à l'isthme. Au point où les ciseaux se sont arrêtés, les pinces à abaissement sont placées sur chaque lèvre de l'incision et une traction énergique est exercée, pour abaisser en antéversion la face antérieure de l'organe. Entre les deux pinces, et toujours sur la ligne médiane, on continue l'hémisection antérieure, en remontant sur la face antérieure de l'organe, aussi haut que possible. Les pinces à abaissement sont replacées plus haut de chaque côté de l'incision et ainsi de suite. On continue toujours de la même façon, jusqu'à ce que le fond de l'utérus apparaisse dans la plaie. L'organe, à ce moment, est replié sur lui-même en forte *antéflexion* ; les ligaments larges sont accessibles de chaque côté.

Avant d'enlever l'utérus, on devra examiner les annexes qu'on devra toujours enlever, si elles sont adhérentes, ou si elles sont le siège d'abcès ; les ovaires scléro-kystiques peuvent être laissés en place, en prenant soin de perforer tous les kystes avec la pointe du thermo-cautère.

Nous devons donc examiner successivement deux cas :

a) *L'utérus est enlevé seul ; b*) *L'utérus est enlevé avec les annexes.*

a) Si l'utérus doit être enlevé seul, on placera d'abord de haut en bas, c'est-à-dire du pubis vers le périnée, une pince longuette de Segond, qui prendra tout le bord supérieur du ligament large gauche, en suivant le bord de l'organe. La pince sera serrée à bloc et les tissus comprimés seront sectionnés entre la pince et l'utérus. La section devra s'arrêter à quatre ou cinq millimètres de l'extrémité de la pince. Une deuxième pince sera placée au-dessous de la première, toujours de haut en bas, en suivant le bord utérin ; les tissus qu'elle comprimera seront divisés entre l'organe et la pince ; enfin une troisième pince sera placée au-dessous, toujours de haut en bas. Cette dernière pince longera le col, et devra prendre tous les tissus restants. Si elle était insuffisante, il ne faudrait pas hésiter à en placer une quatrième. Quand cette dernière pince est placée, on sectionne tous les tissus qu'elle enserre et le col de l'utérus se trouve libéré du côté gauche.

Saisissant alors l'utérus à pleines mains, on attire le ligament large droit dans la plaie, et on place, exactement de la même manière qu'à gauche, trois ou quatre pinces longuettes, de haut en bas, toujours en sectionnant les tissus entre l'utérus et les pinces.

b) Si l'utérus doit être enlevé avec les annexes, nous enlevons d'abord l'organe comme il vient d'être dit ; puis avec l'index gauche nous allons à la recherche des annexes gauches, que nous trouvons non loin de la pince supérieure. Les organes trouvés, nous les isolons et les pédiculisons, en les attirant dans la plaie au moyen d'une pince à ovaires. Nous plaçons alors une pince longuette sur le ligament large, en dehors des annexes à enlever ; puis nous sectionnons les tissus entre la pince et l'ovaire. Cette pince doit être mise de façon que son extrémité réponde exactement à la première pince placée sur le ligament large ; si même les extrémités des pinces se correspondent, la première pince du ligament large peut être supprimée.

Lorsque l'utérus est enlevé, il reste donc trois ou quatre pinces de chaque côté, pinces qu'on doit diviser en pinces droites et pinces gauches, pour faciliter l'exploration de la plaie, le nettoyage et le pansement.

L'opération ne sera considérée comme terminée, que lorsque tous les tissus auront été examinés et qu'on ne trouvera aucune trace d'hémorrhagie ; quelques artérioles vaginales peuvent être

gênantes et nécessiter l'application d'une ou deux pinces supplémentaires.

Le tampon placé dans le cul-de-sac de Douglas sera enlevé, et un nettoyage soigné sera pratiqué. On fera alors exécuter à chaque pince un mouvement d'abaissement, en commençant par les dernières pinces placées. De verticales les pinces deviendront horizontales, et, dans ce mouvement, elles imprimeront une torsion à la partie du ligament large qu'elles comprimeront. Quand toutes les pinces seront ainsi abaissées, on introduira dans le fond du vagin une petite compresse stérile, juste suffisante pour tamponner doucement entre les pinces, et remplir la plaie cruentée ; une autre compresse sera introduite entre les pinces droites et les pinces gauches, dans le reste du vagin ; enfin les pinces seront empaquetées comme à l'ordinaire.

IV. *Utérus volumineux.— Hystérectomie vaginale par morcellement* (Type : *Utérus fibromateux*).

Le col est découvert et une incision circulaire est faite tout autour, comme précédemment. Les incisions libératrices latérales, suivant la direction de la base des ligaments larges, sont ici de rigueur. Ces incisions devront atteindre les parties latérales du vagin. Grâce à elles, l'opération est très simplifiée ; l'abaissement, l'isolement du col et le refoulement de la vessie deviennent plus faciles, et le morcellement acquiert une sécurité complète.

L'isolement du col et de la vessie ne présente rien de particulier. La masse de la tumeur empêchera, presque toujours, le doigt d'ouvrir la séreuse au début de l'opération, de sorte que presque toujours cette opération sera *extra-péritonéale* avant de devenir *intra-péritonéale*.

Dès que la vessie sera décollée, un écarteur sera placé en haut sous le pubis et un deuxième écarteur court, en bas, vers l'anus.

Saisissant avec deux pinces à abaissement la lèvre antérieure du col, on commence la section médiane. Avec une curette, on pratique d'abord, dès que l'instrument peut être introduit par la brèche de l'incision dans la cavité utérine, un curettage et un nettoyage de la cavité. On continue ensuite la section médiane jusqu'à l'isthme de l'utérus. Là, avec les ciseaux forts, on pratique une incision formant un V avec l'incision médiane ; avec le bistouri on évide tous les tissus circonscrits par ce V, en ayant soin de saisir, avec une pince à abaissemement, la lèvre adhérente de l'incision, afin de maintenir les tissus incisés dans le champ opératoire. La même manœuvre est répétée de l'autre côté de l'incision médiane,

de sorte que la cavité utérine est ouverte par sa face antérieure par une brèche en W. Cette première brèche faite, on l'agrandit, suivant indications, en enlevant des portions de la coque utérine en forme de losange, ou de V. Dès que la brèche est assez grande, on va à la recherche des corps fibreux, au moyen d'incisions faites en plein tissu de la tumeur. On saisit ces noyaux fibreux avec des pinces de Museux et on les énuclée par de rapides mouvements de torsion, aidés par l'action des ciseaux.

Lorsque le volume de l'utérus paraît suffisamment réduit, on saisit les bords de la brèche utérine et on commence le renversement en avant, absolument comme s'il s'agissait d'une section médiane simple. Si le dégagement de l'utérus est empêché, cela peut tenir à son volume encore trop considérable, à quelque fibrome volumineux sous-péritonéal ou encore à une tumeur ovarienne.

Dans le premier cas, rien de particulier, on doit recommencer le morcellement, jusqu'à ce que le volume permette le dégagement.

S'il s'agit d'un fibrome sous-péritonéal, les plus grandes précautions devront être prises pour assurer l'extirpation totale de ce fibrome. On cherchera à déterminer son point d'implantation, puis on enlèvera, par morcellement, toute la partie de l'utérus située *en avant* et au-dessus du fibrome. C'est en effet, en enlevant la partie médiane du fond de l'organe, qu'on arrive, sans hémorrhagie, à atteindre les tumeurs rétro-utérines. Quand cette tumeur sera accessible, le premier soin sera de la saisir avec une pince à abaissement et de l'attirer par la brèche créée, si elle est suffisante pour en permettre le morcellement. Dans le cas contraire, rien ne presse : la tumeur est saisie ; on continuera l'ablation de l'utérus, et c'est quand l'organe sera enlevé en totalité que ce fibrome sous-péritonéal sera morcelé à son tour, d'après les règles des fibromes cavitaires.

S'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, d'un kyste volumineux par exemple, on en pratiquera la ponction, dès qu'il sera accessible ; puis on continuera l'hystérectomie, en terminant par l'ablation du kyste, sur le pédicule duquel on placera une ou deux pinces à demeure.

Le nettoyage et le pansement n'offrent ici rien de spécial.

V. *Utérus adhérent et non abaissable.— Hystérectomie vaginale par tranches successives* (Type : *Vieilles suppurations pelviennes où l'utérus est pris dans des exsudats plastiques*).

L'incision est faite autour du col et complétée par deux petites incisions libératrices transversales. L'isolement ne présente rien de particulier. Cependant, comme l'utérus n'est pas abaissable, le

doigt a souvent de la difficulté à atteindre les parties à décoller. On se servira avec avantage, pour cette décortication, de l'écarteur bi-coudé de Péan. On poursuivra le décollement aussi loin que possible, en avant et en arrière. Puis de chaque côté du col, et de bas en haut, on appliquera une pince longuette, destinée à faire à la fois l'hémostase préventive et définitive. Les tissus seront immédiatement sectionnés entre les pinces et le col, et ce dernier sera divisé aux ciseaux, en deux valves, antérieure et postérieure.

Les pinces à abaissement seront de nouveau appliquées sur chacune des lèvres antérieure et postérieure ; l'isolement sera repris avec patience ; puis deux autres pinces seront placées comme précédemment de chaque côté de l'utérus, de façon à permettre l'ablation d'une nouvelle tranche utérine, et ainsi de suite.

Au cours des manœuvres d'isolement, on ouvre souvent des poches purulentes, dont quelques-unes peuvent être assez volumineuses. Chaque fois on devra pratiquer, avec une sonde à double courant, une longue irrigation de la poche.

Parfois, malgré les efforts les mieux combinés, l'abaissement de l'utérus est impossible, et on se trouve dans l'obligation de laisser le fond en place. Cet accident spécial ne présente pas de grands dangers pour la malade, si ce n'est qu'une intervention abdominale ultérieure deviendra peut-être nécessaire.

Lorsque l'utérus sera enlevé, on trouvera à sa place une cavité habituellement close, entourée par les adhérences et poches suppurées des annexes. L'inoculation de la séreuse, dans ces cas, est très rare. La cavité qu'on trouve à la place de l'utérus doit être tamponnée lâchement avec de la gaze stérile saupoudrée d'iodoforme. Tous les efforts du chirurgien devront tendre à maintenir cette cavité béante, car c'est dans son intérieur que viendront s'ouvrir les foyers purulents du voisinage.

*
* *

B. Procédés divers. — Les différents procédés d'hystérectomie vaginale sont très nombreux, et bien souvent ils ne diffèrent les uns des autres que par un détail dans l'exécution d'un des temps de l'opération. La plupart du temps même, les modifications varient avec le genre de la lésion, de sorte qu'une méthode unique ne saurait être adoptée pour tous les cas. Il nous paraît indispensable, pour être complet, de passer rapidement en revue les *différents temps* de l'opération, en indiquant les modifications introduites par les différents chirurgiens; puis nous décrirons les *procédés principaux* qui peuvent être considérés comme types.

I. — **Procédés classés d'après les modifications apportées aux différents temps.** — A. Incision. — L'incision du vagin peut être simplement *circulaire* (*Fig.* 320) (auteurs anciens, Péan, Terrier, etc.) ; elliptique, pour donner plus de jour, en empiétant sur le cul-de-sac postérieur (Landau, Léopold, Pichevin, etc.) ; avec

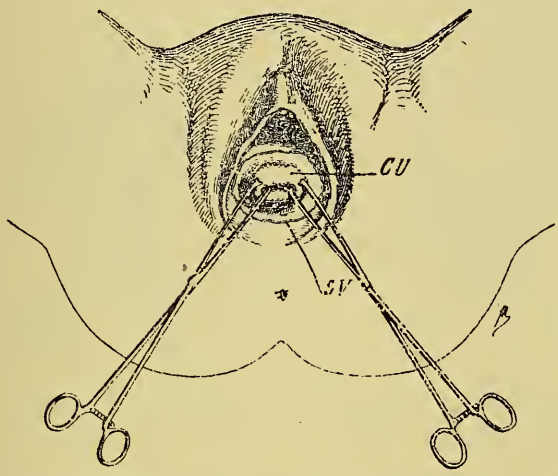

Fig. 320. — Hystérectomie vaginale. — Les deux commissures du col sont saisies par des pinces à griffes et abaissées. — C, U, col de l'utérus ; S, V, section de la muqueuse vaginale (Opérée vue de face).

deux incisions libératrices suivant la base des ligaments larges (Segond, H. Delagénière, etc.). La majeure partie des chirurgiens fait l'incision au bistouri ; d'autres aux ciseaux (Dupuytren, Doyen, etc.) ; d'autres enfin au thermo-cautère (Jacobs, etc.).

B. Isolement du col. — Se fait habituellement avec les doigts, (*Fig.* 321, 322 et 325), quelquefois avec les ciseaux ; enfin quand l'utérus est très élevé et inabaissable, Péan faisait le décollement avec des écarteurs bi-coudés. Nous faisons ce décollement avec le doigt recouvert d'une compresse de gaze stérile. On évite ainsi l'écoulement de sang, et l'isolement se fait mieux et bien plus facilement.

C. Extériorisation de l'utérus. — C'est le temps qui a donné naissance au plus grand nombre de procédés. L'utérus est basculé en avant, en accrochant avec le doigt le fond de l'organe, pour l'amener à la vulve (*Fig.* 323) (Sauter, Récamier et la plupart des chirurgiens qui ont opéré pour cancers). La bascule peut se faire en

arrière (Blundell, Péan, Richelot, etc.). Pour faciliter l'extériorisation, et par suite l'hémostase, on incisa l'organe sur la ligne médiane en totalité (Muller, Quénu), seulement sur sa face anté-

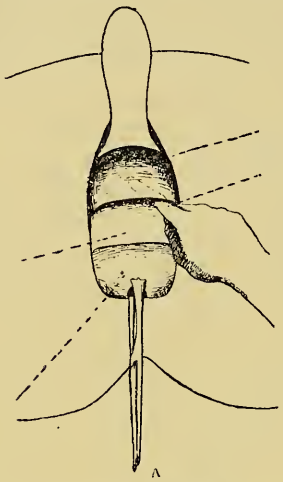

Fig. 321. — Col extériorisé. — A, pince de Museux abaissant le col.

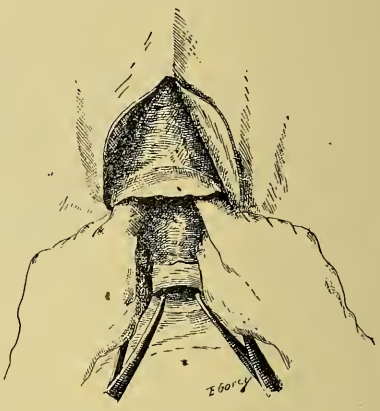

Fig. 322. — Agrandissement du cul-de-sac vésico-utérin.

rieure (Doyen) (*Fig.* 324 et 326). Pour faciliter l'extériorisation de l'utérus, dans les cas où l'organe était volumineux, on pratiqua l'évidement de sa face antérieure (évidement conoïde : Péan, Segond; évidement par sections en V : Doyen) (*Fig.* 327).

D. Hémostase. — Les ligatures en chaîne furent d'abord employées (Czerny, A. Martin, Olshausen, Bantock, etc, etc.); mais leur application présentait souvent de grandes difficultés et l'hémostase était parfois mal assurée (*Fig.* 330). C'est pour faciliter ce temps important de l'opération que Muller (de Berne) pratiqua l'hémisection totale de l'utérus, qui donne un accès facile sur les ligaments larges (*Fig.* 327, 328 et 329). Plus tard, Péan plaça des pinces à demeure sur tout ce qui saignait et supprima les ligatures. Richelot s'efforça d'employer des pinces assez longues pour saisir toute la hauteur des ligaments larges; il plaçait ses pinces de bas en haut. Doyen les plaça de haut en bas.

II. Procédés classés par Auteurs. — A. Procédé dit classique. — Le col est découvert au moyen de deux écarteurs vaginaux, l'un antérieur, l'autre postérieur; il est saisi avec une pince tire-balles, par le milieu de sa lèvre antérieure et

par le milieu de sa lèvre postérieure. On pratique tout autour une incision aux ciseaux et, dans le cas d'étroitesse de la vulve, on débride latéralement tout le vagin jusqu'au périnée. On abaisse le col vigoureusement et on pratique, avec les doigts ou les ciseaux, l'isolement du col. Cet isolement sera commencé en avant ; il se fera avec soin, pour ne pas blesser la vessie ni les uretères. Lorsque ces organes seront isolés, on placera de suite l'écarteur supérieur. L'isolement postérieur se fera plus rapidement. La séreuse sera ouverte d'abord en avant, soit avec le doigt, soit avec les ciseaux ; on l'ouvrira ensuite en arrière.

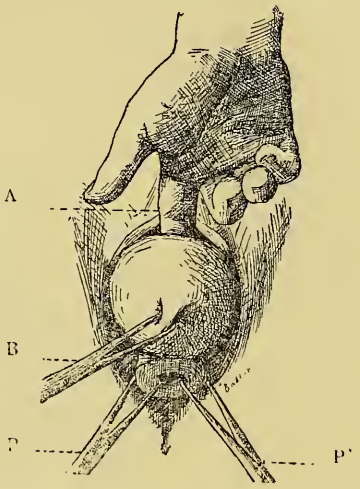

Fig. 323. — Extériorisation du corps de l'utérus en avant. — Les deux pinces P et P', posés sur le col, le maintiennent au dehors. Une pince B, placée sur la face antérieure du corps, attire en avant le fond de l'utérus. L'index A s'insinue dans l'ouverture faite au cul-de-sac péritonéal antérieur et passe derrière l'utérus.

Quand l'utérus sera ainsi isolé, avec le doigt introduit en crochet, on accroche l'utérus par son fond ou par le ligament large, et on l'attire en dehors, de façon à rendre les ligaments larges accessibles.

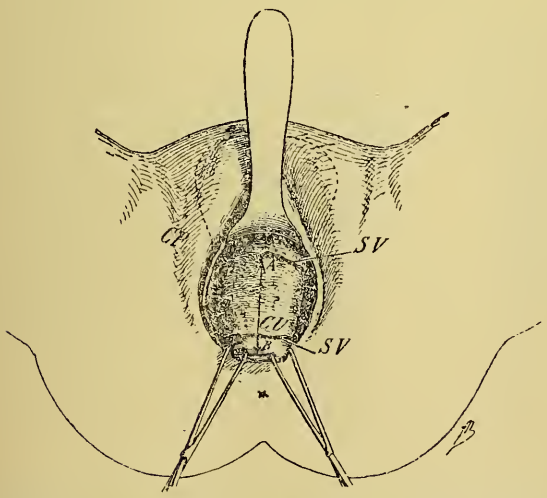

Fig. 324. — Hystérectomie vaginale. — Abaissement de l'utérus. — C, P, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin. — A, B, section longitudinale de la lèvre antérieure du col.

On passe alors l'index gauche de haut en bas et le long du bord

gauche de l'utérus, et avec une aiguille courbe, on pratique une liga-

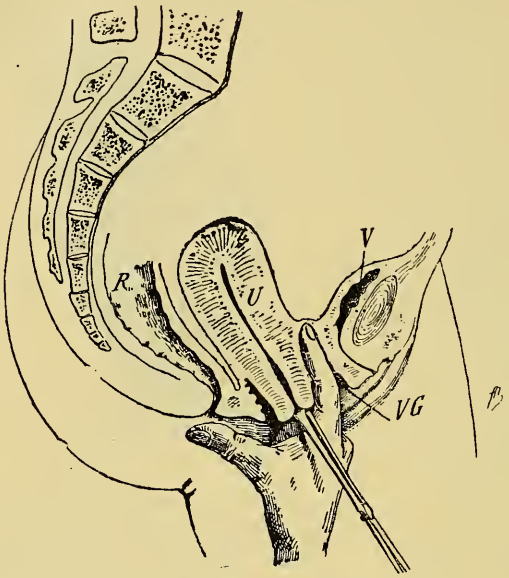

Fig. 325.—Hystérectomie vaginale (Coupe antéro-postérieure.) — Ouverture du cul-de-sac péritonéal recto-utérin et décollement de la vessie avec l'index droit. — L'utérus est maintenu abaissé. — *Légende* : R, rectum; U, utérus ; V, vessie ; VG, vagin.

ture en chaîne prenant toute la hauteur du ligament large (*Fig.* 330).

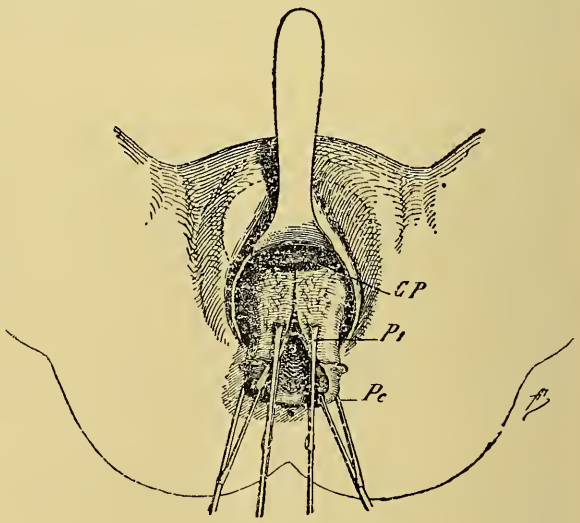

Fig. 326. — Hystérectomie vaginale. — Apparition au dehors et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. — *Légende* : Pc, pinces appliquées sur les commissures latérales du col où elles resteront fixées jusqu'à la fin de l'opération; Pi, nouvelles pinces à griffes qui serviront, par des prises successives, à renverser l'utérus au-dehors, grâce à la section longitudinale de sa paroi antérieure; CP, cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, visible au-dessous de l'écarteur, au moment de son incision.

La chaîne doit être composée de deux ou trois mailles très vigoureusement serrées. On sectionne alors le ligament large, le long

du bord de l'utérus, en dedans des ligatures, de sorte que l'organe se trouve complètement libéré sur son bord gauche.

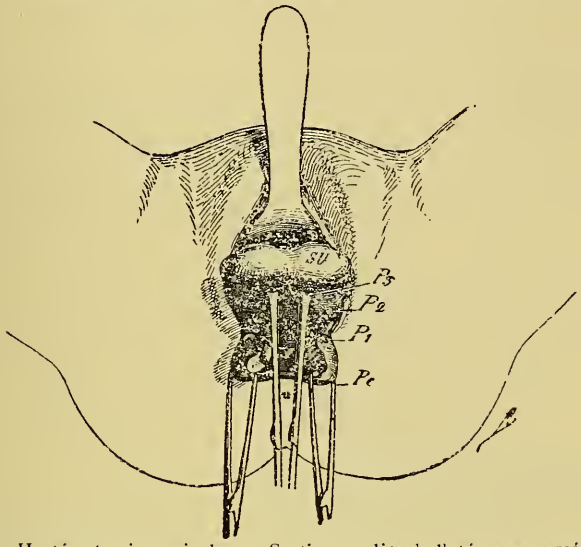

Fig. 327. — Hystérectomie vaginale. — Sortie complète de l'utérus renversé en avant. — *Légende* : Pc, pinces fixées sur le col; P1 et P2, traces des prises de la seconde paire de pinces qui viennent d'être fixées en P3, sur les lèvres de la section longitudinale antérieure, au niveau du fond de la cavité utérine; SU, sommet de l'utérus apparaissant au dehors.

Saisissant alors l'utérus à pleines mains, on tend le ligament

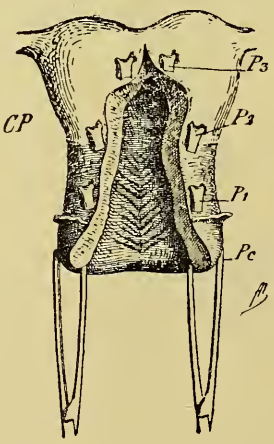

Fig. 328. — Schéma (vu de face) de la section longitudinale d'un utérus de volume moyen, qui vient d'être enlevé par le vagin (Doyen). — *Légende*: Pc, pinces maintenant le col; P1, P2, P3, prises successives de la seconde paire de pinces; CP, cul-de-sac péritonéal antérieur.

large droit et on y pratique une ligature en chaîne comme de l'autre côté; enfin on le sépare de l'utérus.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de A. Martin (1889). — Le col étant découvert, est saisi par sa lèvre postérieure et forte-

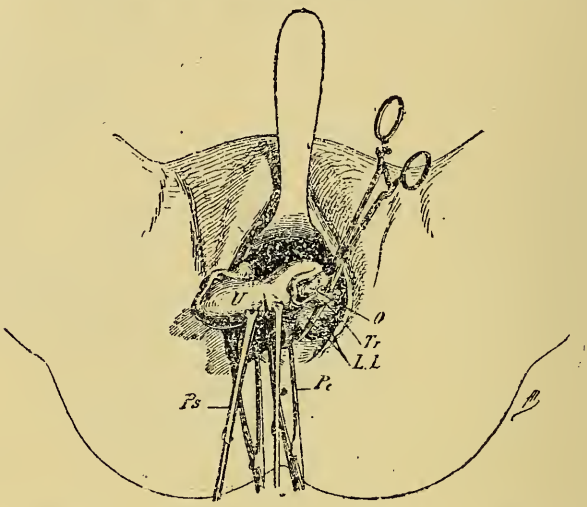

Fig. 329. — Hystérectomie vaginale. — Application des pinces et section des ligaments larges. — L'utérus est entièrement sorti de la vulve ; la trompe et l'ovaire gauches ont été attirés au dehors. — Application de la première pince qui est introduite presque verticalement de haut en bas, et saisit au delà des annexes la totalité du ligament large. — *Légende* : U, utérus; O, ovaire gauche; Tr, trompe gauche; Pc, pinces maintenant le col; LL, ligament large gauche; Ps, pinces maintenant le sommet de l'utérus.

ment attiré en dehors et en haut vers le pubis. Dans ce mouvement, on rend visible l'insertion du vagin sur le col : c'est en ce point qu'on pratique une incision transversale pour pénétrer de suite dans le cul-de-sac de Douglas. Quand la séreuse est ouverte, on y introduit le doigt et on fait de suite l'hémostase de la tranche de section, au moyen de 3 ou 4 fils, qu'on passe avec une aiguille très courbe à travers le péritoine et la tranche vaginale. Avec le doigt introduit dans le Douglas, on guide de chaque côté une aiguille courbe, destinée à lier la base des ligaments larges et à la relier au vagin. L'aiguille traverse en effet le dôme vaginal, pénètre dans le péritoine, traverse la base du ligament large et ressort en arrière par la brèche. On continue alors la dissection du col au bistouri. En avant, la vessie est détachée avec les doigts, le péritoine ouvert. Il est immédiatement suturé au vagin par 3 ou 4 fils. On

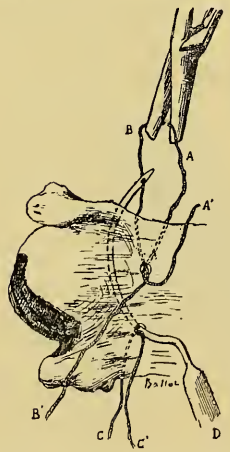

Fig. 330.— Ligature en chaîne sur le ligament large.

fait alors basculer l'utérus en arrière, et on termine en plaçant trois ligatures sur chaque ligament large. Chaque ligature traverse la paroi vaginale et doit être serrée très fortement.

2° Procédé de Péan. — Ce procédé est soumis à la règle suivante : Enlever l'utérus par morcellement du col vers le fond (*Fig.* 331), en faisant l'hémostase préventive et définitive des portions qu'on enlève.

Nous distinguons deux cas : *a*) l'utérus est *petit* ; *b*) l'utérus est *volumineux*, *atteint de fibromes* (1).

a) *L'utérus est petit.* — La malade est placée dans le décubitus latéral gauche. Le col est découvert par une valve antérieure et une valve postérieure. Une incision circulaire cerne le col tout près du museau de tanche, à un centimètre environ du canal cervical. Avec le doigt, le col est isolé, en avant de la vessie, sur les côtés et en arrière, des tissus qui l'entourent. Cet isolement doit être complètement circulaire, jusqu'à ce que le doigt atteigne le cul-de-sac péritonéal, en avant et en arrière, et nettement la base des ligaments larges sur les côtés. A ce moment les culs-de-sac péritonéaux sont ouverts, ou on les ouvre avec les ciseaux, s'ils ne le sont pas. On place alors sur la base de chaque ligament large une pince longuette, dont la pointe est portée un peu en dehors. Ces deux premières pinces sont serrées à bloc et les tissus sont sectionnés entre le col et la pince. Cette première pince doit être placée assez haut pour permettre la section des insertions des ligaments utéro-sacrés, et par suite l'abaissement plus complet de l'utérus (*Fig.* 332).

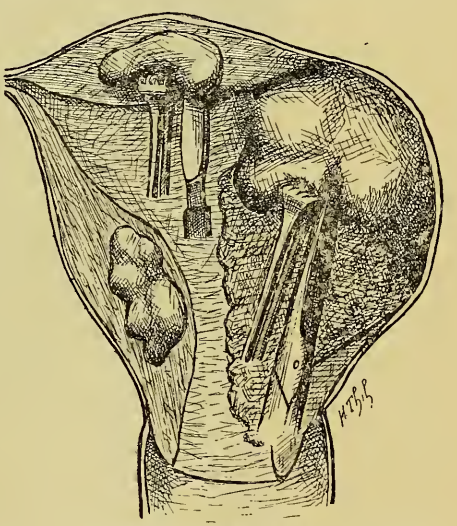

Fig. 331. — Hystérectomie vaginale par morcellement.

Le col libéré sur les côtés, on le divise avec les ciseaux en une

(1) La description qui suit est rédigée d'après des notes prises au cours d'hystérectomies pratiquées devant nous, par Péan, en 1895 et 1896.

valve antérieure et une valve postérieure; puis on sectionne successivement chacune de ces valves avec le bistouri, en ayant soin de replacer les pinces à abaissement sur les parties restantes de l'utérus.

On abaisse encore fortement l'utérus et on place sur les ligaments larges, deux autres pinces; nouvelles sections de chaque côté entre les pinces et le bord de l'utérus, nouvelles incisions latérales des rebords utérins, pour transformer la partie isolée en deux valves,

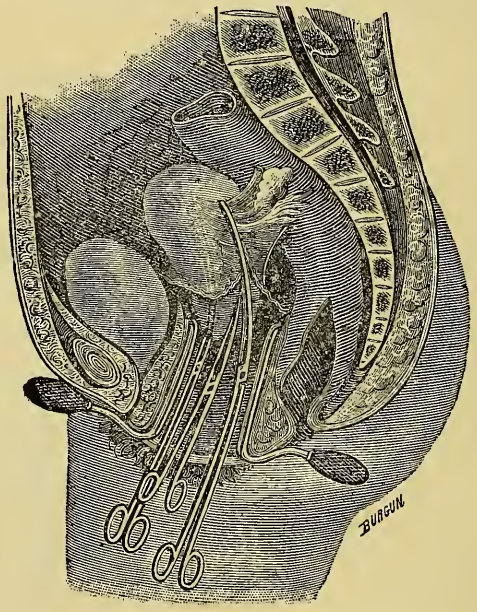

Fig. 332.— Section du ligament large après le pincement.

enfin nouvelle excision de ces deux valves. On continue de la sorte jusqu'à ce que l'utérus soit enlevé en totalité (*Fig.* 333 et 334).

Au cours de cette hystérectomie par morcellement, des poches purulentes sont ouvertes, des adhérences viscérales rompues; si les annexes encombrent le champ opératoire, on les enlève, sinon on les laisse.

b) *L'utérus est volumineux, atteint de fibromes.* — Le col utérin est détaché sur toute sa longueur et attiré vigoureusement en bas. Les culs-de-sac péritonéaux sont effondrés, si c'est possible, et le col divisé en deux valves qui sont excisées. Même manœuvre sur le

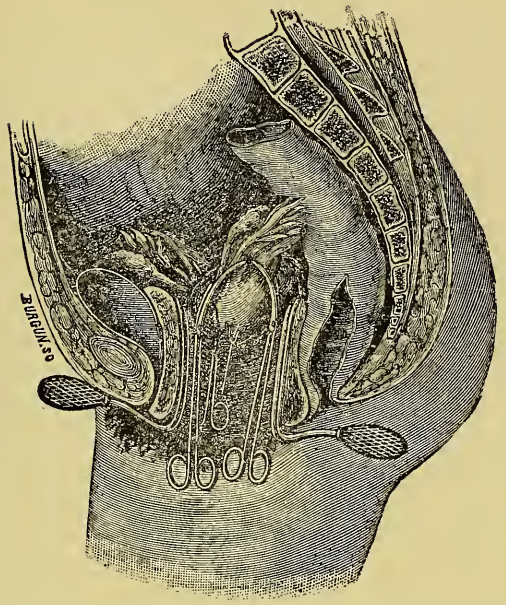

Fig. 333.— Bascule de l'utérus et pincement du bord supérieur d'un ligament large.

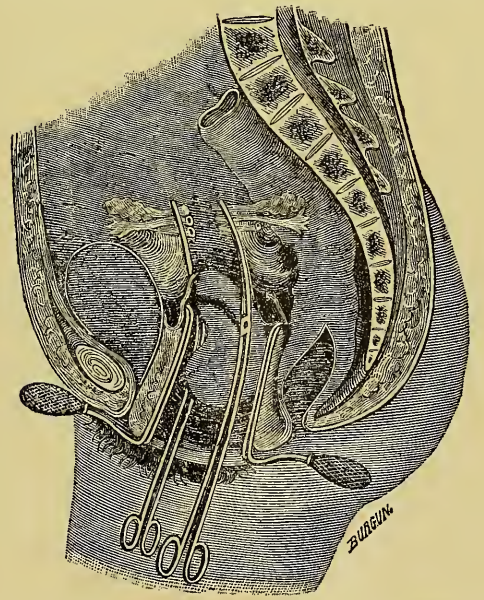

Fig. 334. — Extirpation de l'utérus après section des ligaments larges.

segment inférieur de l'utérus, de façon à ouvrir la cavité de l'organe et à la maintenir béante ; si on rencontre un fibrome cavitaire, on l'énuclée, s'il est petit ; on le morcelle, s'il est volumineux. Si les fibromes sont interstitiels, on les recherche au moyen d'incisions, et on les énuclée. Lorsque l'utérus est ainsi vidé de ses tumeurs, il est redevenu abaissable et facile à enlever comme précédemment. Pour le morcellement, Péan emploie l'évidement conoïde, au moyen de bistouris longs, droits ou courbés sur le plat ; il énuclée en s'aidant de pinces de Museux ou de crochets acérés.

3° Procédé de Segond. — A l'incision circulaire autour du col et faite très bas, Segond ajoute *deux incisions libératrices transversales*, partant de l'incision circulaire, au niveau des bords latéraux du col. Ces incisions sont longues de deux centimètres environ. Le col est libéré comme le fait Péan, puis de la même façon incisé et excisé, après placement de pinces longuettes sur la base des ligaments larges. Arrivé au niveau de l'isthme, Segond pratique une incision médiane comme le fait Doyen, abaisse et extériorise la face antérieure de l'organe ; enfin, lorsque les ligaments larges sont accessibles par leur bord supérieur, il va à la recherche des annexes, les pédiculise, puis place en dehors une pince longuette. Il sectionne cette première partie accessible du ligament large en dehors des annexes, en dedans de la pince ; il place une deuxième longuette de haut en bas, en suivant le bord de l'utérus et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'utérus soit complètement libéré d'un côté. Le ligament large est traité de la même façon du côté opposé et l'opération est terminée.

En somme, Segond enlève le col comme Péan, et termine l'opération comme Doyen.

Quand l'utérus est très volumineux, au lieu d'une simple incision médiane, il pratique l'évidement conoïde de la face antérieure de l'utérus, en employant les mêmes instruments que Péan pour le morcellement.

4° Procédé de Richelot (1894). — Ce n'est qu'un dérivé du procédé de Péan. Pour faciliter le pincement des ligaments larges, il fait basculer complètement le corps de l'utérus en arrière, et place deux longues pinces de haut en bas, c'est-à-dire de la base au bord supérieur du ligament large, de chaque côté de l'utérus. Il place quelques pinces supplémentaires si c'est nécessaire.

Cette bascule en arrière était recommandée par Blundell, par Péan, etc.

5° Procédé de Muller (1882) *par section médiane complète de l'utérus.*— Pour l'auteur, qui faisait alors l'hémostase au moyen de ligatures, la difficulté principale de l'opération était la ligature du premier ligament large qu'on voulait sectionner ; le deuxième se liait facilement. Il chercha donc un moyen de lier le premier ligament dans les mêmes conditions que celles du second. Il s'exprime donc ainsi :

L'utérus, soit renversé, soit attiré en bas, est divisé longitudinalement en deux moitiés. Ceci fait, chaque moitié de l'utérus, avec son ligament, peut être attirée en bas, et liée avec une aussi grande facilité que s'il s'agissait du second. La difficulté inhérente à la libération de l'utérus d'avec le premier ligament est ainsi écartée. Il n'y a aucune crainte à avoir au sujet de l'hémorrhagie, qui est peu considérable, si la section est médiane, et en tous cas facile à arrêter, soit avec les doigts, soit en tordant les ligaments larges, soit en appliquant des pinces sur les vaisseaux.

6° Procédé de Doyen (dernier mode). — Le col est saisi à droite et

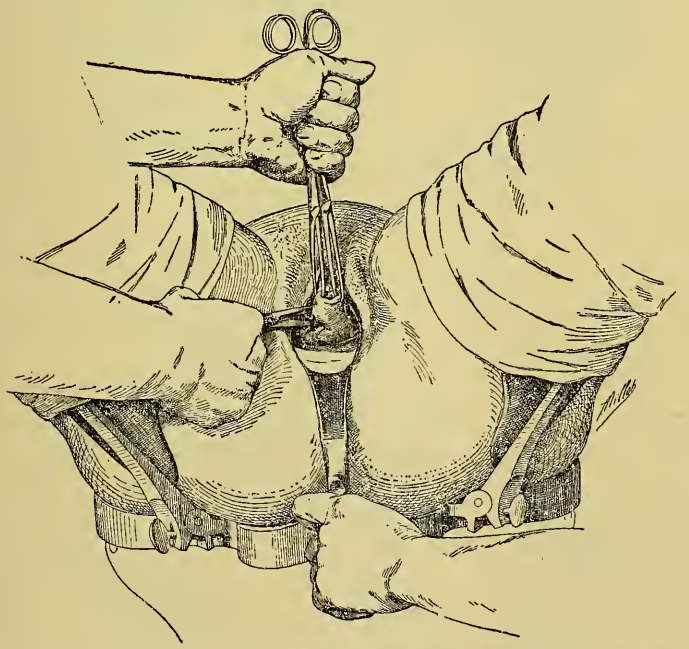

Fig. 335. — — Hystérectomie vaginale pour *lésions inflammatoires* (Procédé de Doyen) 1er Temps. — Incision du cul-de-sac postérieur du vagin.

à gauche avec deux pinces à abaissement (*Fig.* 335) qui resteront

I. — Hystérectomie vaginale pour Annexites.

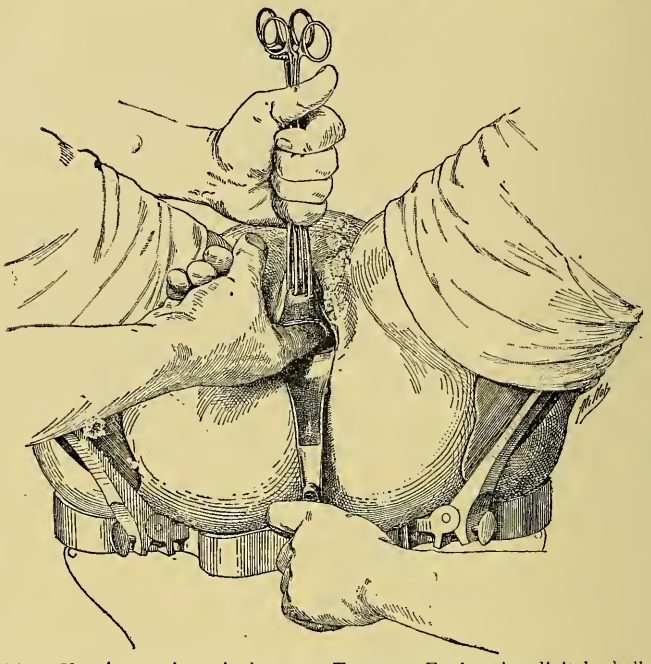

Fig. 336. — Hystérectomie vaginale. — 1er Temps. — Exploration digitale de l'utérus, des annexes et de la cavité pelvienne (Doyen).

Fig. 337. — Hystérectomie vaginale. — 2e Temps. — Ablation de l'utérus (Doyen).

en place jusqu'à la fin de l'opération. L'incision et la libération du col se font comme d'habitude, sans trop se préoccuper du cul-de-sac antérieur du péritoine, qui se trouvera ouvert lors de la section médiane antérieure. (*Fig.* 336). La vessie est protégée par une large valve (*Fig.* 337). Le cul-de-sac postérieur serait toujours ouvert largement, s'il est possible, afin de pratiquer une exploration intra-péritonéale. On se rend compte alors, au moyen d'un hysté-

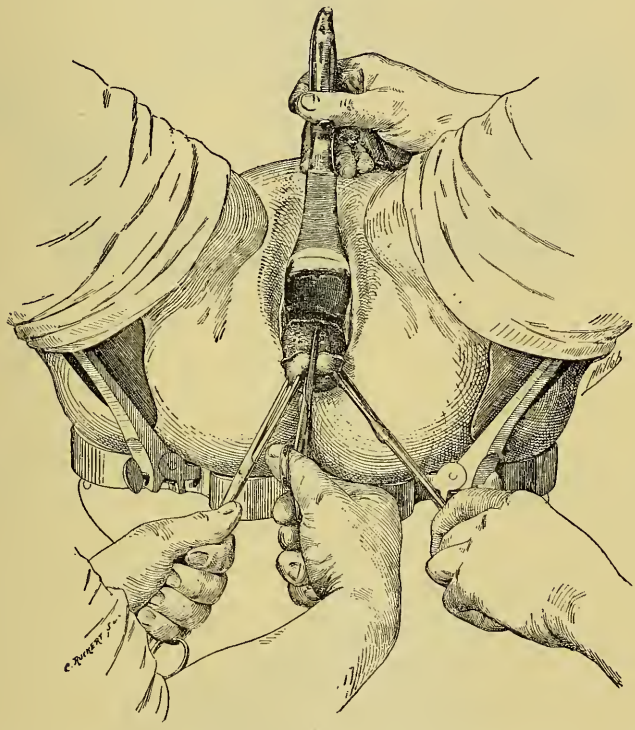

Fig. 338. — Incision longitudinale médiane de la paroi antérieure du col (Doyen).

romètre, de la direction du col de l'utérus, et, au moyen d'une paire de ciseaux, on pratique l'incision médiane antérieure du col (*Fig.* 338). Les deux lèvres de l'incision sont saisies chacune avec une pince à abaissement, et l'organe est attiré en bas. L'incision médiane est continuée sur la face antérieure de l'utérus (*Fig.* 339) et deux autres pinces à abaissement, placées sur chaque lèvre de l'incision, le plus haut possible, au-dessus des premières.

Nouvelles tractions, nouvel abaissement, nouvelle incision, sur

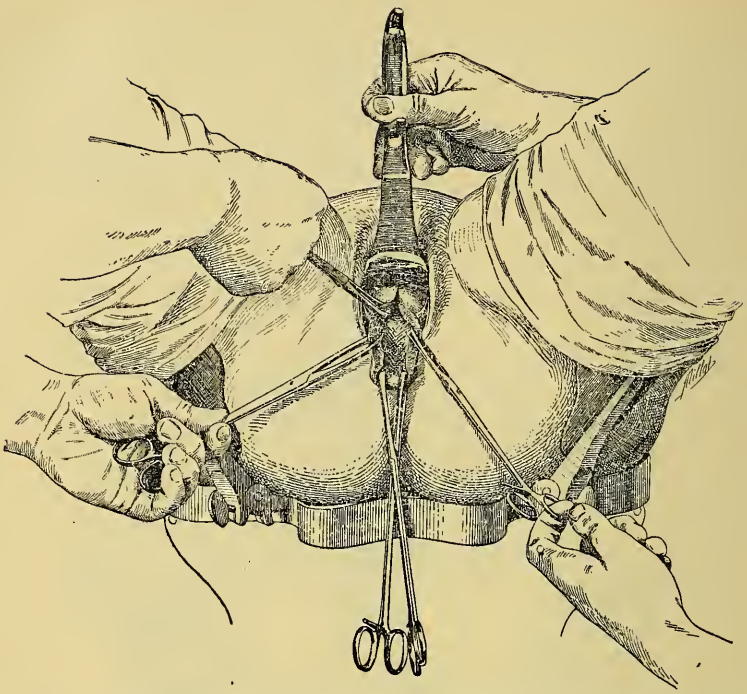

Fig. 339. — Prolongement de la section médiane du corps de l'utérus et ouverture du cul-de-sac péritonéal antérieur. — Application des pinces à griffes sur les lèvres de la section utérine (Doyen).

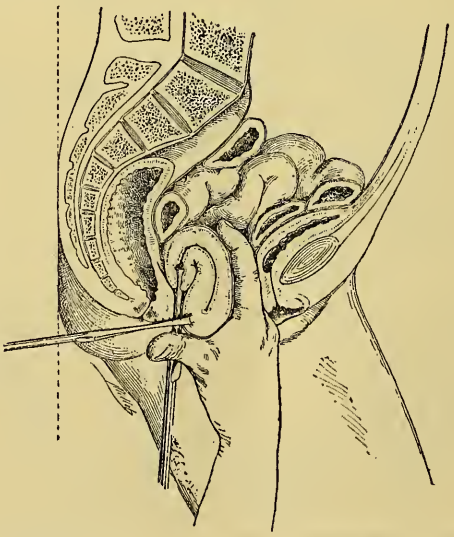

Fig. 340. — Hystérectomie vaginale. — Coupe longitudinale antéro-postérieure (Doyen).

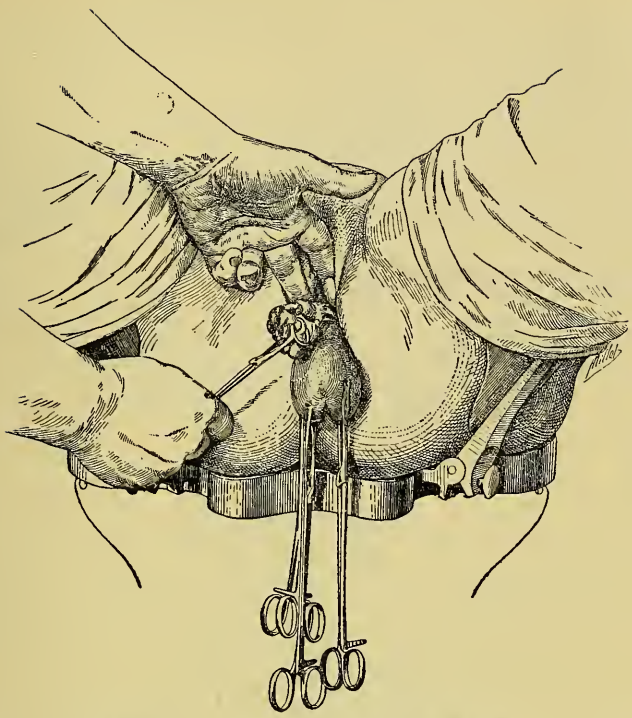

Fig. 341. — Hystérectomie vaginale. — L'utérus est à la vulve. — Extraction des annexes gauches (Doyen).

Fig. 342. — Hystérectomie vaginale. — Extraction consécutive d'une grosse poche tubaire (Doyen).

les bords de laquelle on replace les deux premières pinces à abaissement devenues inutiles. Le fond de l'utérus ne tarde pas alors à se

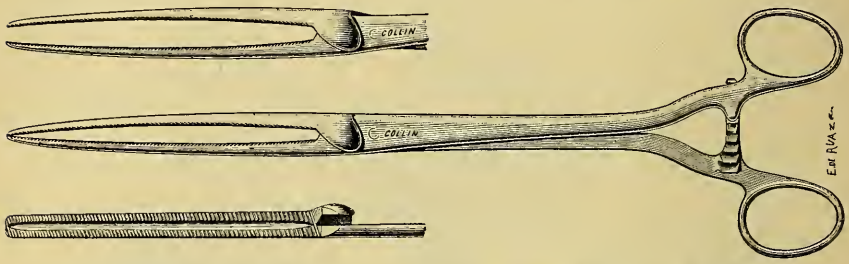

Fig. 343. — Pince de Doyen pour hystérectomie vaginale (27 centimètres).

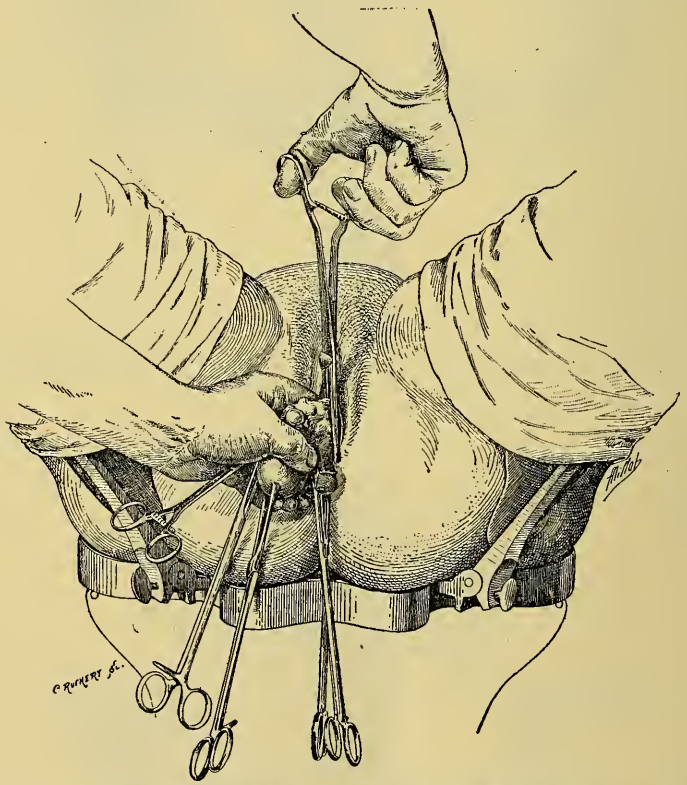

Fig. 344. — Hystérectomie vaginale. — Application sur le ligament large gauche, de haut en bas, de la première pince à mors élastiques (Doyen).

dégager et l'organe est complètement extériorisé (*Fig.* 341 et 342). Passant alors l'index gauche en arrière du ligament large gauche, et de haut en bas, on place le long de l'utérus la longue pince de

Doyen (*Fig.* 343), dont les mors doivent dépasser la base des liga-

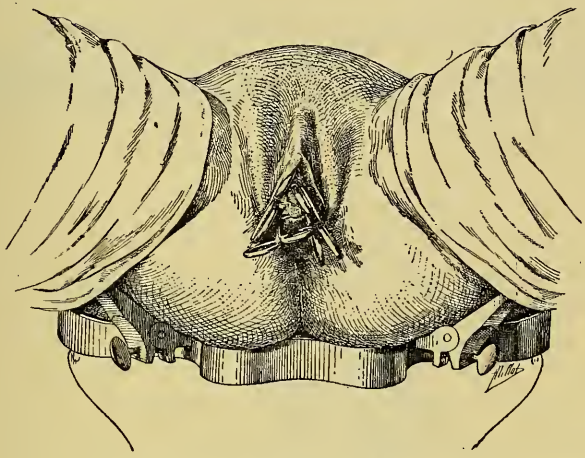

Fig. 345. — Hystérectomie vaginale terminée. — Aspect de la vulve après l'application des pinces à mors élastiques (Doyen).

ments larges. Cette pince est serrée à bloc et une deuxième pince moins forte, dite pince de sûreté, est placée en dehors de la première (*Fig.* 347).

II. — Hystérectomie pour Fibromes.

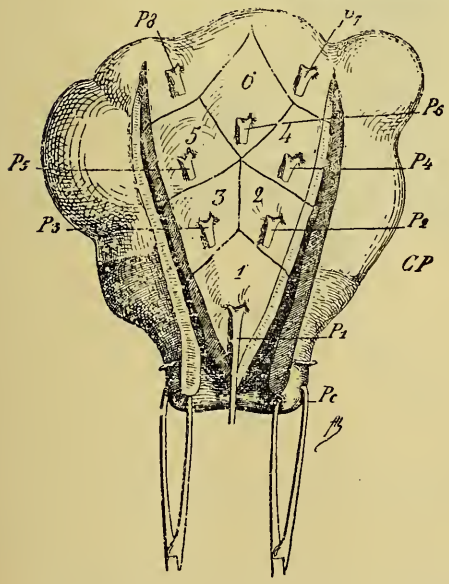

Fig. 346. — Schéma (vu de face) représentant le morcellement d'un gros fibrome, grâce à une double incision longitudinale en V de la paroi antérieure de l'utérus. — *Légende* : Pc, pinces maintenant le col ; P1, P2, P8, pinces appliquées successivement sur la tumeur en 1..., 2..., 8..., afin d'en réduire le volume par l'ablation successive de fragments cunéiformes (Doyen).

Les tissus sont alors divisés entre la pince et l'utérus.

Les annexes, si elles ont pu être pédiculisées, sont enlevées en

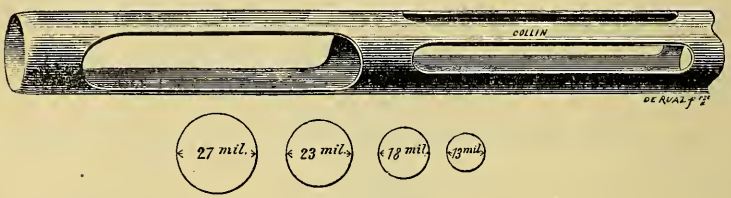

Fig. 347. — Cylindre creux de Doyen.

même temps que l'utérus. Il suffit de placer la grande pince en dehors d'elles.

Fig. 348. — Hystérectomie vaginale pour *fibromes* (Procédé de Doyen). — Perforation, à l'aide du tube tranchant, d'un fibrome peu accessible.

Le ligament large de l'autre côté est traité de la même façon, et l'utérus est enlevé (*Fig.* 315).

Quand l'utérus est volumineux, Doyen isole et fend le col comme précédemment; puis, sur la face antérieure de l'organe, il taille avec les ciseaux des incisions en V et en Y, et il enlève les parties ainsi divisées (*Fig.* 346, 349, 350, 351). Pour morceler les gros fibromes qu'il rencontre, au lieu de recourir à l'évidement conoïde, il emploie des cylindres creux dont un des bords est tranchant (*Fig.* 347) ; on enfonce ces cylindres dans la tumeur en leur im-

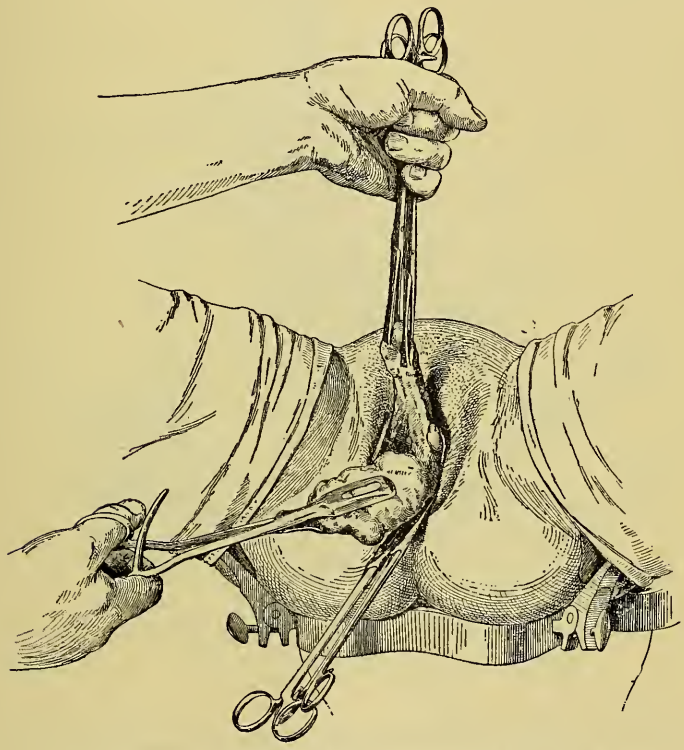

Fig. 349. — Hystérectomie vaginale avec morcellement en V d'un fibrome et extraction à la pince emporte-pièce de la tumeur (Doyen).

primant des mouvements de rotation (*Fig.* 348). On obtient ainsi des rondelles cylindriques faciles à enlever et laissant des cavités, dont les bords donnent une bonne prise aux pinces. Quand la tumeur est réduite de volume, on l'attire au dehors et on traite les ligaments larges comme plus haut.

7° Procédé de Quénu *par section médiane totale de l'utérus.* — Le col est saisi sur les côtés par deux pinces, qui resteront à de-

meure jusqu'à la fin de l'opération. L'utérus est abaissé, et une incision circulaire est faite au bistouri, en commençant, autant que possible, en arrière. On décolle l'utérus en avant et en arrière avec le doigt ou les ciseaux ; on maintient la vessie soulevée, au moyen d'une valve antérieure, et le rectum abaissé, au moyen d'une valve postérieure. On commence alors de bas en haut, c'est-à-dire du col vers le fond, une section médiane totale, en coupant à

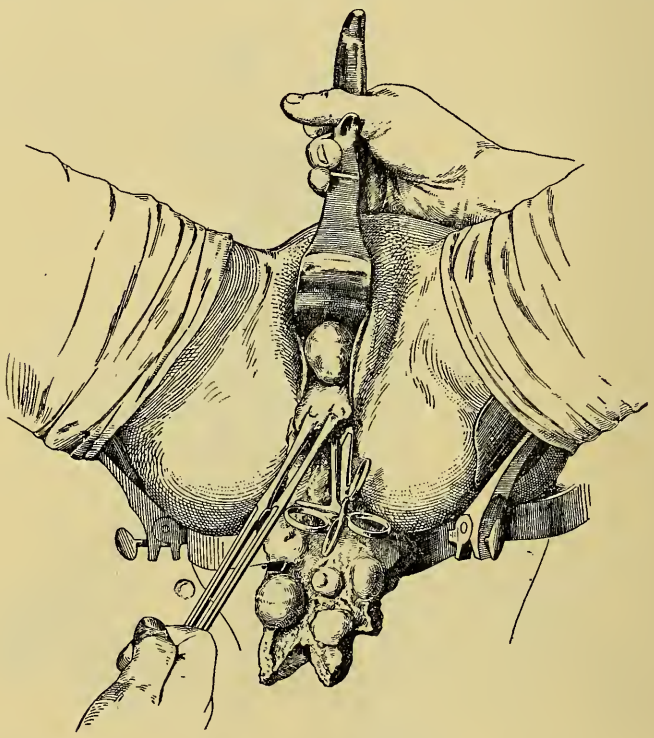

Fig. 350. — Hystérectomie vaginale par morcellement. — Une partie de la tumeur extraite par morcellement pend à la fourchette (Doyen).

coups de ciseaux, tantôt la paroi antérieure, tantôt la paroi postérieure, jusqu'à ce que l'organe soit complètement extériorisé et fendu. Une pince à abaissement est laissée de chaque côté de l'incision sur le fond. Chaque moitié utérine est alors attirée au dehors, et le ligament large est tendu. Les annexes descendent facilement, si elles sont adhérentes à l'utérus ; dans le cas contraire, on les libère avec les doigts; on les pédiculise. L'hémostase se fait de

haut en bas avec des pinces longuettes, dont la première est placée sur le ligament large, en dehors des annexes.

S'il s'agit de fibromes, il pratique (Technique décrite en 1898), l'incision complète médiane du col, libère la vessie, puis continue l'hémisection antérieure. Il attaque alors chaque noyau fibreux et en fait l'énucléation. Si le noyau est trop gros, il l'énuclée par morcellement. Quand tous les fibromes sont enlevés et que l'utérus

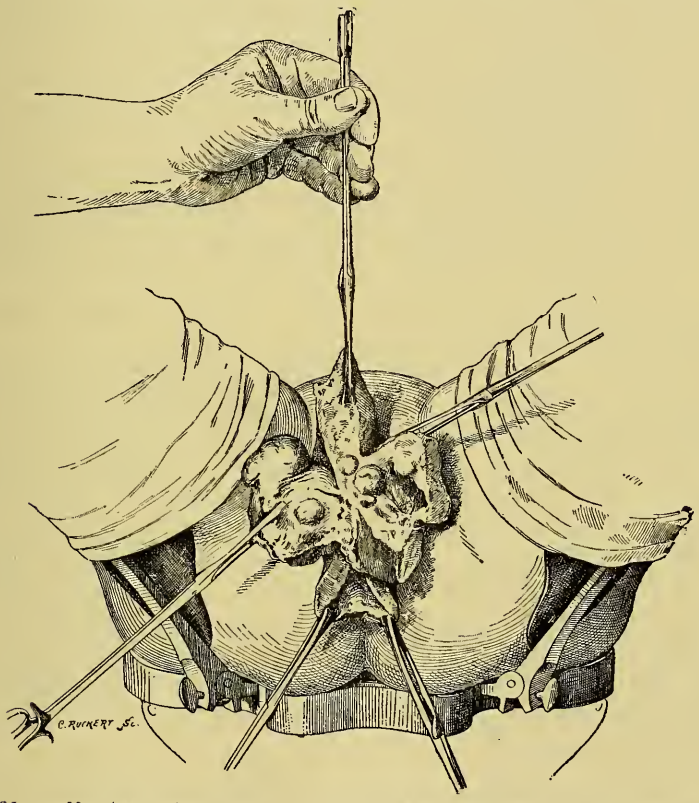

Fig. 351. — Hystérectomie vaginale. — Apparition à la vulve, après ablation d'une partie de la tumeur, de ce qui reste de l'utérus adhérent au col (paroi postérieure et parois latérales, qui sont extraites entr'ouvertes, grâce à plusieurs sections en V) (Doyen).

peut être abaissé et extériorisé, il continue la section médiane en arrière et enlève l'utérus comme à l'ordinaire.

8° Procédé de J.-L. Faure (1896). — L'utérus est extériorisé par le procédé de la section médiane antérieure. Du fond de l'organe vers le col, on sectionne la face postérieure et le fond de l'utérus, dans l'étendue du tiers de l'organe.

Deux pinces repères sont placées à l'extrémité inférieure de cette section postérieure. Au-dessus de ces pinces de repère, on pratique transversalement, d'un côté, une section perpendiculaire à l'axe de l'utérus, et se portant à travers la moitié correspondante de l'organe, dans l'épaisseur du ligament large, à deux ou trois centimètres de son insertion. L'angle utérin est donc séparé avec les annexes et le tout pédiculisé sur une portion accessible du ligament large. Cette partie du ligament est liée ou pincée, puis la portion pédiculisée sectionnée d'un coup de ciseaux. On agit de même du côté opposé. Continuant alors l'incision postérieure dans un autre tiers de l'étendue de l'organe, on agit de la même façon, et on enlève la portion détachée de l'organe, soit sur ligature, soit sur pince. Arrivé au col, même manœuvre : on l'incise en arrière, et on enlève, à droite et à gauche, chacun des segments, en liant ou pinçant la base des ligaments larges. On peut donc appeler ce procédé : *Morcellement de l'utérus, par segmentation transversale de l'organe et des ligaments larges.*

9° Procédé de A. Helme (1896). — Il fait l'incision vaginale elliptique, à grand axe transversal.

Après avoir détaché le col, il poursuit le décollement jusqu'aux culs-de-sac péritonéaux, qu'il n'ouvre pas; il pratique alors la ligature progressive et à étages, de bas en haut, des ligaments larges, en alternant, d'un côté à l'autre, jusqu'à ce que le péritoine soit ouvert. Trois ligatures suffisent de chaque côté, pour lier tout le ligament large. Les ligatures placées au-dessous du péritoine sont laissées longues, tandis que celles placées au-dessus sont coupées au ras du nœud. L'utérus enlevé, le péritoine est suturé au milieu ; puis un fil est passé de chaque côté, dans les deux feuillets péritonéaux et le moignon du ligament large. Le vagin et les tissus péricervicaux sont suturés au milieu, en laissant passer les ligatures longues de chaque côté. Enfin ces ligatures longues sont supprimées le troisième jour.

10° Procédé de Pichevin (1897). — Comme le dit l'auteur, c'est la transformation de l'opération, par l'hémisection verticale antérieure, en opération de Péan, lorsque l'opération commencée ne peut être menée à bien, en raison des adhérences trop intimes de l'utérus aux organes pelviens.

Le col est saisi latéralement, au moyen de deux pinces, et fortement attiré en haut. Une incision transversale de deux ou trois travers de doigt est faite en arrière du col, au delà de l'insertion vaginale, pour tomber de suite dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. On fait ensuite une incision antérieure, également transversale et

on réunit par deux incisions latérales, les extrémités des incisions antérieure et postérieure.

On commence alors l'opération par le décollement et l'incision médiane antérieure ; mais l'abaissement ne se fait pas. Laissant deux pinces de repère sur l'extrémité supérieure de l'incision médiane, on place de bas en haut deux pinces sur la base des ligaments larges et, après avoir isolé le col, on le sectionne transversalement. On continue de bas en haut, en évidant la face antérieure par morcellement. Ce morcellement est facilité par la solide prise fournie par les deux pinces laissées comme repère (*Fig.* 352).

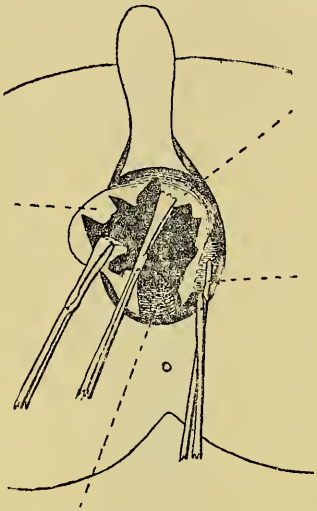

Fig. 352. — Transformation de l'hémisection verticale antérieure en opération de Péan.

11° Procédé de Mackenrodt (1897). — Ce procédé consiste à extérioriser complètement l'utérus, et à repérer chaque trompe avec une pince, avant de pratiquer les ligatures latérales. On ne draine que dans les cas d'affections septiques.

Dans les cas de cancer, il emploie le galvano-cautère au lieu du bistouri.

12° Nouveau Procédé de Doyen (1897) *par pression progressive des ligaments larges.* — L'utérus étant extériorisé, comme pour l'hystérectomie vaginale par section médiane, on applique la *pince progressive* (*Fig.* 353) sur tout ce qui est accessible de l'étage inférieur des ligaments larges. Les tissus pincés sont réduits à l'épaisseur d'une feuille de papier. On répète la même manœuvre de l'autre côté. On attire ensuite l'utérus et les annexes au dehors, et on écrase les ligaments larges de haut en bas. On peut alors très facilement appliquer des ligatures fines ou des pinces à demeure.

13° Procédé de Tuffier (1898), dit *Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures.* — Allant plus loin que Doyen, qui n'emploie l'écrasement que pour faciliter l'application des ligatures ou des pinces, l'auteur supprime toute pince et toute ligature. Il a fait construire un appareil analogue à celui de Doyen (*Fig.* 354).

Il distingue deux cas : 1° *L'utérus est facile à abaisser et exté-*

rioriser. — On passe le doigt derrière la partie supérieure du ligament large gauche que l'on saisit avec l'angiotribe, de haut en bas. On sectionne le ligament dans toute l'étendue des mors, puis on desserre l'instrument. On passe le doigt à la base du même ligament,

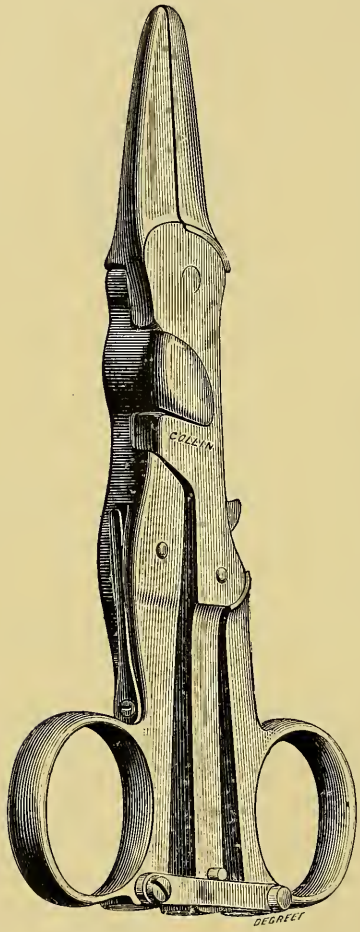

Fig. 353. — Pince à écrasement de Doyen.

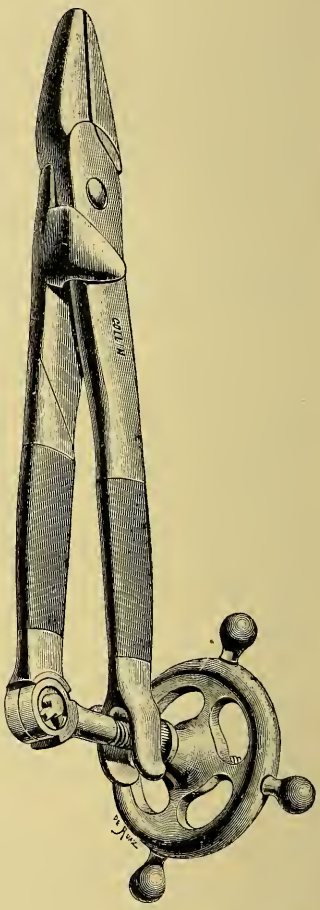

Fig. 354. — Pince à écrasement de Tuffier

que l'on écrase de la même façon, mais de bas en haut, et que l'on sectionne avant. On traite le ligament large droit comme le gauche, et l'utérus est enlevé.

2° *L'utérus est difficile à isoler et extérioriser*. — On fait l'hystérectomie comme on peut, avec des pinces; puis, saisissant chaque

pince successivement, on écrase les tissus en dehors avec l'angiotribe, et on supprime la pince.

Suites. — Nous avons vu, en étudiant le manuel opératoire, la façon dont on devait faire le pansement. Lorsque la malade sera replacée dans son lit, on devra la surveiller avec le plus grand soin ; on devra toujours songer aux complications post-opératoires, afin de les combattre immédiatement : le moindre ballonnement du ventre, le moindre écoulement de sang, la moindre irrégularité dans la sécrétion urinaire, devront être signalés.

L'ablation des pinces se fera au bout de 48 heures. On desserrera chaque pince d'un côté ; mais, avant de l'enlever, on attendra quelques instants, afin de voir s'il n'y a pas d'écoulement de sang. Si le sang arrivait à la vulve, on refermerait la pince et on la laisserait jusqu'au lendemain. Quand toutes les pinces d'un côté seront enlevées, on enlèvera les pinces de l'autre côté. Le tampon vaginal sera lui-même enlevé et changé ; mais le tampon du fond sera laissé à demeure, pendant cinq ou six jours encore. Tous les jours on renouvellera le tampon vaginal, jusqu'au cinquième ou sixième jour, où on commencera les injections antiseptiques, à raison de deux par jour. Ces injections seront données à faible pression, sur le tampon du fond, qu'on laissera se détacher de lui-même. En général, vers le huitième jour, on peut l'enlever sans difficulté. On continuera les injections pendant une quinzaine encore. La malade pourra se lever vers le quinzième jour. Mais elle expulsera à ce moment des débris sphacélés, causés par la pression des pinces. Quelquefois elle rendra de ces débris jusqu'au trentième jour après l'opération.

Accidents et complications. — Ces accidents sont très nombreux et doivent être connus de l'opérateur, non seulement pour être évités, mais aussi pour être combattus à temps et avec succès.

Pendant l'opération, une pince ou une ligature peut lâcher et une hémorrhagie en être la conséquence. On abaissera le ligament, siège de l'hémorrhagie, jusqu'à la vulve, au moyen des pinces restées en place, ou on ira à la recherche du pédicule mal lié, avec des pinces. Cette recherche peut être très longue, mais on ne devra jamais terminer l'opération sans avoir retrouvé le vaisseau.

L'ouverture accidentelle de la vessie, du rectum, ou de l'intestin, la section d'un uretère, peuvent être observés au cours de l'opération. Si on s'en aperçoit, on doit y remédier définitivement de suite.

Après l'opération, on peut observer une hémorrhagie secondaire au moment de l'ablation des pinces : on devra, dans ce cas, replacer

une pince. Quelquefois, vers le quinzième ou le seizième jour, il y a un léger écoulement de sang au moment de la chute des escharres, Quelques injections très chaudes, ou un tamponnement léger, suffiront. Les plaies de la vessie, de l'uretère ou de l'intestin ne seront habituellement reconnues que quelques jours après l'opération; dans ces conditions, on fera mieux, presque toujours, d'attendre la guérison de la malade pour y remédier.

On a signalé les *escharres sacrées*, comme étant une complication spéciale de l'hystérectomie vaginale ; nous avons toujours pu l'éviter, en faisant prendre, dès les premiers jours, des changements de position, à la malade.

Mais les deux complications les plus importantes sont la *péritonite septique et l'occlusion intestinale*. La première sera combattue par les moyens ordinaires, dès l'apparition des premiers symptômes. La seconde, que nous croyons beaucoup plus fréquente qu'on ne le dit, pourra être combattue en pratiquant un anus contre nature (Segond), ou mieux, en faisant une laparotomie et agissant sur la cause de l'étranglement (H. Delagénière).

Indications. — L'hystérectomie vaginale peut être pratiquée pour des *cancers du col*, et surtout pour des *cancers du corps de l'utérus* ; mais dans ces cas elle est insuffisante et ne constitue qu'une méthode palliative, les ganglions iliaques ne pouvant être enlevés par cette voie. Dans le cas de *prolapsus complet* chez les vieilles femmes, elle constitue l'opération de choix, surtout en lui combinant les restaurations vaginales, et périnéales nécessaires. Certaines *métrites*, avec ou sans rétroversion douloureuse, relèvent de cette opération, surtout quand elles sont accompagnées de lésions annexielles. Les *vieilles suppurations pelviennes*, quand l'utérus est complètement enclavé dans de fausses membranes, constituent l'indication la plus précise. Enfin elle peut être pratiquée pour les cas de *petits fibromes* qui ne dépassent pas sensiblement le pubis.

Nous estimons que la méthode abdominale donne à la malade une sécurité aussi grande que la méthode vaginale ; c'est pourquoi nous considérons comme *contre-indications* toutes les causes qui peuvent compliquer l'exécution de l'opération (persistance de l'hymen, étroitesse du vagin, déformations osseuses du bassin, volume trop considérable de l'utérus), enfin toute hésitation dans le diagnostic.

QUATRIÈME PARTIE

618.14.8 [≡. 1 + 4]

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ, PAR LES VOIES VAGINO-ABDOMINALE, PÉRINÉALE, VAGINO-PERINÉALE ET SACRÉE.

CHAPITRE I.

618.14.81.73

HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE.

Définition. — On donne ce nom à l'extirpation totale de l'utérus par les voies vaginale et abdominale combinées, en commençant par la voie vaginale.

Synonymie. — *Opération de Bardenheuer.*

Historique. — En 1881, Bardenheuer fit paraître un travail important, dans lequel il se déclara partisan de l'ablation totale, par voie vaginale et abdominale, de l'utérus, dans le cas de fibromes. Il veut ainsi éviter les accidents septiques et autres, dus au pédicule. Il fut suivi dans cette voie par Boldt, Jacobs, Rouffart, Chaput, etc.

Technique opératoire. — La malade sera préparée pour subir à la fois une laparotomie et une hystérectomie vaginale. Elle aura subi une période plus ou moins longue de préparation (Voir *Hystérectomie abdominale totale*). Le chirurgien se prépa-

rera pour faire la première partie vaginale de l'opération ; puis, avant de passer au temps abdominal, il fera une nouvelle préparation complète de ses mains.

De même pour les *instruments*. Dans un premier plateau, le chirurgien disposera tous les instruments qui lui seront nécessaires pour le premier temps vaginal de l'opération, et ces *instruments* se borneront à deux écarteurs, un bistouri, une paire de ciseaux, deux pinces à abaissement, six pinces longuettes.

Dans un deuxième plateau, bien séparé du premier, seront les instruments et les fils nécessaires au deuxième temps abdominal de l'intervention. Comme *instruments* il lui suffira d'avoir : un bistouri, deux paires de ciseaux droits et courbes, une pince de Museux, douze longues pinces hémostatiques et douze petites, quatre ou cinq clamps ; une aiguille de Reverdin courbe; puis des aiguilles à surjet courbes et droites. Comme fils, des soies fines et moyennes, des catguts et des crins de Florence pour la paroi.

Un aide sera suffisant, mais il devra, comme le chirurgien, refaire complètement la toilette de ses mains, avant de commencer le temps abdominal.

A. Manuel opératoire. (Type : *Épithélioma de l'utérus*) (1). — La malade est endormie à l'éther, elle est placée dans la position de la taille, les jambes fortement relevées.

a) *Temps vaginal* — Le col est découvert avec les écarteurs, et saisi directement avec les pinces à abaissement, si les culs-de-sac vaginaux et le fond du vagin ne doivent pas être enlevés. Dans le cas contraire, la muqueuse vaginale sera saisie avec une pince, sur la paroi postérieure du vagin, de façon à y faire un pli, qu'on sectionnera d'un coup de ciseaux. Partant de cette brèche vaginale, on incisera circulairement le vagin, de façon que l'incision soit située au-dessous du museau de tanche, à deux centimètres au moins.

Au niveau de l'incision circulaire, on saisit la muqueuse du vagin et on la dissèque avec les ciseaux et les doigts recouverts d'une compresse, en commençant en arrière, en passant sur les côtés et en terminant en avant ; on décolle ainsi la muqueuse des culs-de-sac vaginaux jusqu'à l'insertion du vagin sur le col. Ce dernier est, en quelque sorte, encapuchonné par la collerette du vagin disséqué. Sans tenir compte de cette collerette, et à travers son épaisseur, on saisit le col avec une pince de Museux, puis on commence l'isolement du col en avant, en refoulant en haut la vessie et l'utérus.

(1) D'après notre procédé personnel que nous avons adopté pour tous les cas de cancer de l'utérus.

On s'arrête dans cette dissection quand, du bout du doigt, on sent la séreuse. En arrière, même manœuvre, en redoublant de précautions pour ne pas ouvrir la séreuse.

Quand le col est isolé en avant et en arrière, on recherche, du bout du doigt, l'artère utérine, de chaque côté, et on applique, sur cette artère et sur la base du ligament large, une pince longuette de chaque côté. On sectionne les tissus entre la pince et le col, de

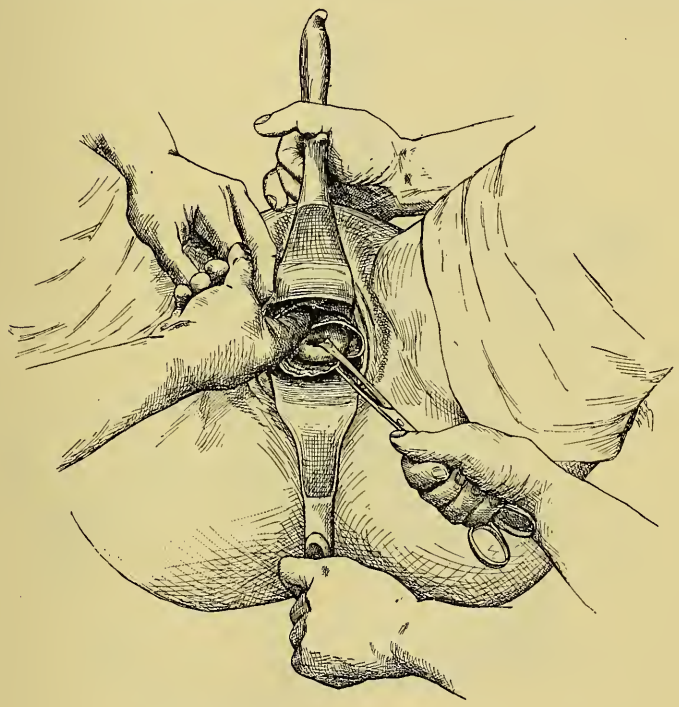

Fig. 355. — Hystérectomie vagino-abdominale (H. Delagénière). — Temps vaginal. — Amputation du col.

sorte que ce dernier se trouve ballant, encapuchonné de sa collerette. On le sectionne alors transversalement avec le bistouri (*Fig.* 355 et 356).

Là se borne le temps vaginal de l'opération; on nettoie le champ opératoire, on écouvillonne la cavité utérine avec une mèche imbibée de chlorure de zinc au 10e; puis on place entre les deux pinces une compresse aseptique, avec laquelle on tamponne la plaie vaginale.

b) *Temps abdominal.*—La malade est placée sur le plan incliné(1) et sa paroi abdominale est vigoureusement frottée avec une solution de sublimé au millième. Pendant ce temps le chirurgien et son aide se savonnent les mains de nouveau, se passent les ongles et le bout des doigts à la teinture d'iode, puis se lavent à l'alcool, au permanganate de chaux, et enfin au sublimé. On ne saurait trop insister sur cette désinfection complète des mains avant de procéder au temps abdominal.

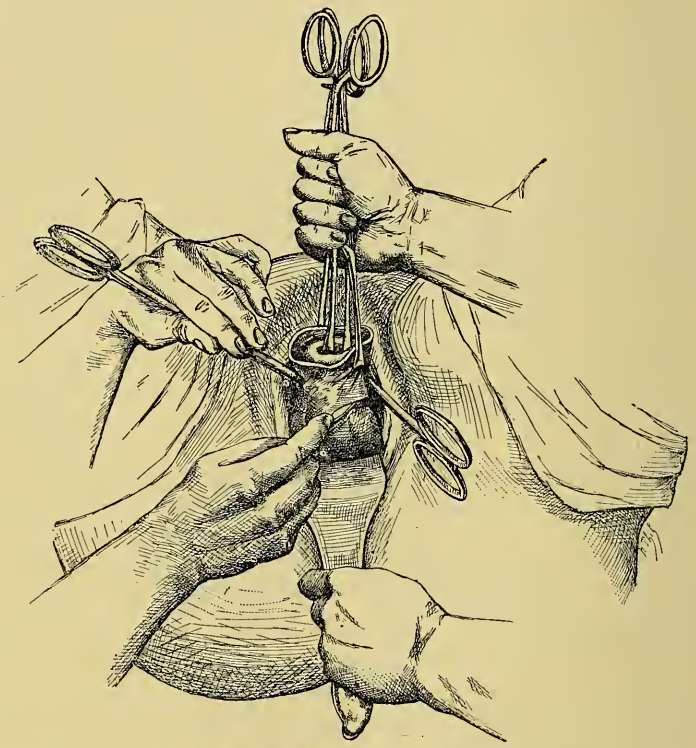

Fig. 356. — Hystérectomie vagino-abdominale (H. Delagénière). — Temps vaginal. — Décollement de la séreuse.

On pratique alors (2) une incision médiane partant du pubis et remontant à l'ombilic ; la séreuse est ouverte et la malade inclinée. Dans le fond du bassin, on cherche l'utérus et les annexes ; on place une pince de Museux sur le fond de l'utérus, que l'aide maintient solidement en haut. Saisissant les annexes du côté gauche et les

(1) La malade se trouve naturellement sur un plan incliné quand on fait usage de notre table à renversement. Il suffit, en effet, de relever l'extrémité qui se rabat.

(2) Nous supposons le chirurgien à la gauche de la malade.

maintenant soulevées, on sectionne le ligament large au-dessous des annexes, par petits coups, et en ayant soin de saisir avec des pinces hémostatiques les artères qui donnent du sang. Arrivé au bord de l'utérus, on sectionne transversalement le péritoine qui recouvre l'utérus, au moyen des ciseaux, qui trouvent facilement le chemin tracé par le décollement vaginal de la séreuse. Le ligament large droit est sectionné de la même façon, de sorte que l'utérus ne tient plus que par sa face postérieure; avec les ciseaux on sectionne rapidement et transversalement ce feuillet péritonéal postérieur. La pièce est alors enlevée. De chaque côté, les feuillets des ligaments

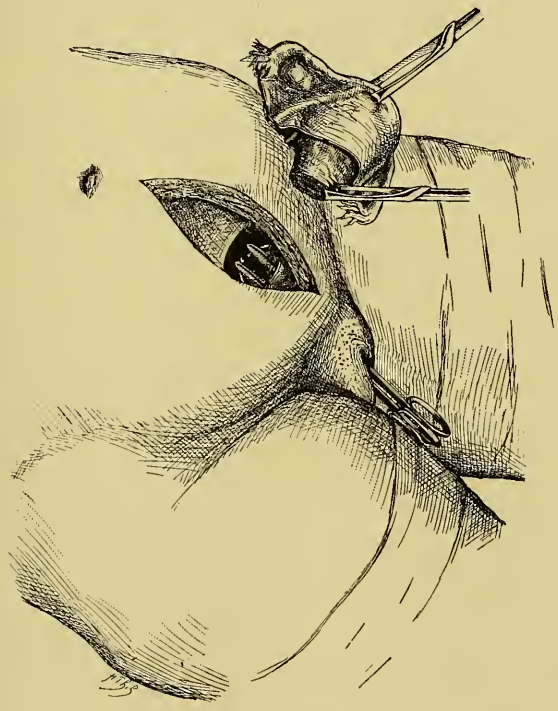

Fig. 357. — Hystérectomie vagino-abdominale. — Procédé de H. Delagénière. — Temps abdominal.

larges se sont écartés et rien n'est plus facile que de chercher dans leur épaisseur et le long des vaisseaux iliaques, les ganglions qui sont toujours envahis, dans le cas de cancer du col. On procède alors à l'hémostase. On peut remplacer les deux pinces qu'on a mises par le vagin, par des ligatures ; puis on lie séparément l'ar-

tère utéro-ovarienne et une petite artériole, qu'on trouve habituellement au niveau de la section du ligament rond. On referme le péritoine au moyen de deux surjets superposés, avec lesquels on suture d'abord le ligament large d'un côté, puis le péritoine antérieur, au péritoine postérieur de la collerette, et, enfin, le ligament large de l'autre côté. On place dans le cul-de-sac de Douglas un de nos tubes métalliques et on referme la paroi abdominale (*Fig.* 357).

La malade est pansée comme d'ordinaire, au moyen de compresses stériles et de coton stérile ; puis le tamponnement vaginal est changé et remplacé par une compresse stérile saupoudrée d'iodoforme. Le drain abdominal sera changé au bout de 24 heures, puis supprimé au bout de 48 heures ; le tamponnement vaginal sera renouvelé tous les deux jours pendant une semaine ; enfin les fils de la paroi abdominale seront enlevés le huitième jour.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Bardenheuer (1881). — 1° *Temps vaginal.* — Il consiste à faire une incision circulaire du vagin autour du col de l'utérus, en s'éloignant autant que possible de celui-ci. Lorsque le vagin est ainsi sectionné, une éponge est placée dans le fond du conduit, pendant que le chirurgien procède au deuxième temps de l'opération.

2° *Temps abdominal.* — Il fait descendre l'incision abdominale très bas sur le pubis, et n'hésite pas à recourir à la désinsertion des muscles droits, s'il se trouve gêné. Il fixe le péritoine pariétal à la peau et maintient les intestins au moyen de compresses. La tumeur est alors attirée au dehors. Il fait ensuite une chaîne de ligatures sur les ligaments larges, aussi bas que possible, en les liant en deux ou trois faisceaux. Il décortique la tumeur de son péritoine, décolle et refoule la vessie en avant, vers le pubis ; puis, suivant toujours le col, il va, avec le doigt, à la recherche de l'incision faite dans le vagin. Il agrandit l'ouverture faite au vagin à gauche et à droite. Il agit de la même façon en arrière, où il ouvre également le cul-de-sac. Ce n'est qu'alors qu'il sectionne les ligaments larges, en rasant l'utérus, mais, en dedans des ligatures qu'il a placées. L'utérus ne tient plus que par les adhérences du col aux parois latérales du vagin. Ces parties adhérentes sont liées en plusieurs fois, puis sectionnées. Le vagin est ensuite suturé au péritoine décollé, et la cavité péritonéale est drainée par le vagin, au moyen de deux tubes, dont l'un remonte jusqu'au détroit supérieur et l'autre répond à l'excavation.

2° Procédé de Moulonguet (1897).— 1° *Temps vaginal.*—Le col est saisi, isolé, et les culs-de-sac péritonéaux sont ouverts en avant

et en arrière. Une pince longuette est appliquée sur la base des ligaments larges, remontant de deux centimètres sur les ligaments larges. Le col est alors sectionné transversalement, si c'est nécessaire, et le vagin est tamponné avec une compresse.

2° *Temps abdominal.*— Le ventre est ouvert ; de la main gauche on saisit un des ligaments larges, pendant que de la main droite on ouvre la pince vaginale correspondante, que l'on pousse pour saisir le ligament large dans toute sa hauteur, en dehors des annexes. L'utérus est enlevé, puis deux autres pinces de sûreté sont introduites par le vagin.

3° Procédé de Boldt (1893). — Ce chirurgien a recours à tous les procédés ; cependant dans les cas d'enclavement de la tumeur ou d'inclusion dans les ligaments larges, il préconise la technique suivante.

Le col est isolé ; en avant et en arrière, on décolle la vessie, et on ouvre le cul-de-sac de Douglas, si on peut. On lie les ligaments larges contre le col, aussi haut que possible, puis on libère le col et on pratique un tamponnement du vagin.

Le ventre est alors ouvert. On distend la vessie avec de l'eau boriquée, on incise le péritoine à un travers de doigt au-dessus du cul-de-sac vésico-utérin ; on l'incise en arrière, s'il n'a pas été ouvert par le vagin, puis on lie les ligaments larges, en dehors des annexes de chaque côté. On termine, en suturant séparément le vagin et le péritoine pelvien.

4° Procédé de Rouffart (1891). — Il libère le col utérin, décolle complètement la vessie en avant et ouvre le cul-de-sac péritonéal antérieur. Il place alors, le long de l'utérus et en crevant le cul-de-sac péritonéal postérieur, une longue pince de chaque côté, et sectionne les ligaments larges dans toute l'étendue pincée.

Il ouvre ensuite l'abdomen, sectionne entre deux ligatures la partie supérieure des ligaments larges, si elle n'a pas été pincée par le vagin, ou en termine la section, si le ligament a été pincé complètement.

5° Procédé de Jacobs (1893). — Il incise les culs-de-sac vaginaux au thermo-cautère, isole le col et place des pinces sur la base des ligaments larges. Il ouvre ensuite le ventre, place de haut en bas des pinces sur les ligaments larges, en dehors des annexes et jusqu'à la rencontre des pinces vaginales. Il sectionne les ligaments, enlève la tumeur, puis remplace les pinces abdominales par des pinces vaginales et referme le ventre.

6° Procédé de Chaput (1893). — Le col est isolé, les ligaments larges pincés et sectionnés dans leur partie inférieure, et le col est amputé : on tamponne le vagin et on procède alors à la laparotomie.

7° Procédé de Delaunay. — Il incise le vagin autour du col, décolle la vessie, et met une pince sur chaque artère utérine. Puis il ouvre le ventre, place sur chaque ligament large une série de pinces longuettes de haut en bas, et sectionne le ligament, pour enlever la tumeur ; il remplace alors les pinces longuettes par des ligatures ou par d'autres pinces introduites par le vagin.

8° Procédé de Routier (1897). — Le col est libéré, et le cul-de-sac

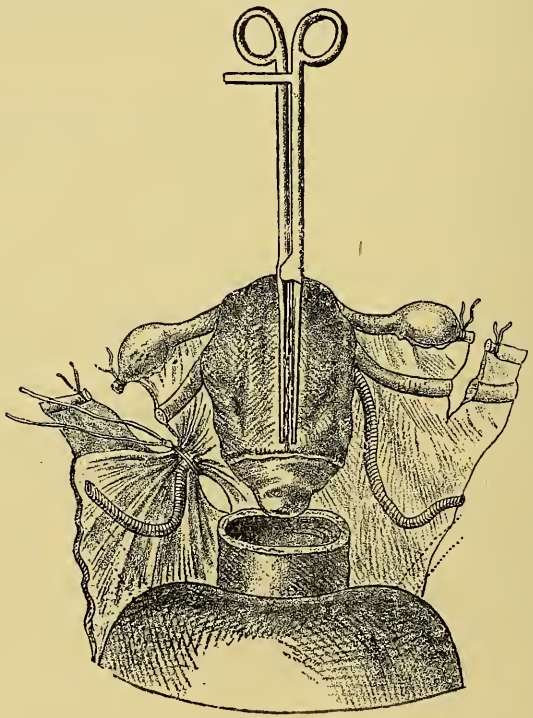

Fig. 358. — Procédé de Routier. — Plissement du ligament large, après l'application du lien élastique.

postérieur est ouvert ; on incise ensuite le cul-de-sac antérieur et on tamponne le vagin.

On ouvre alors l'abdomen ; on place un fil de soie double en dehors des annexes prenant la partie supérieure des ligaments

larges. Avec ce fil, on fait deux ligatures et on sectionne les tissus entre les deux.

Si l'utérus contient de gros fibromes, on en fait l'énucléation, jusqu'à ce qu'il soit réduit à une coque, qu'on ferme avec une pince clamp.

Si le cul-de-sac péritonéal antérieur a été ouvert par le vagin, on agrandit l'ouverture; sinon on va à la recherche de l'incision vaginale, après avoir sectionné transversalement la séreuse au-dessus de la vessie. En arrière, on incise la séreuse transversalement avec le bistouri, et avec le doigt, on trouve rapidement l'incision vaginale. Par l'ouverture postérieure et l'ouverture antérieure, on passe en

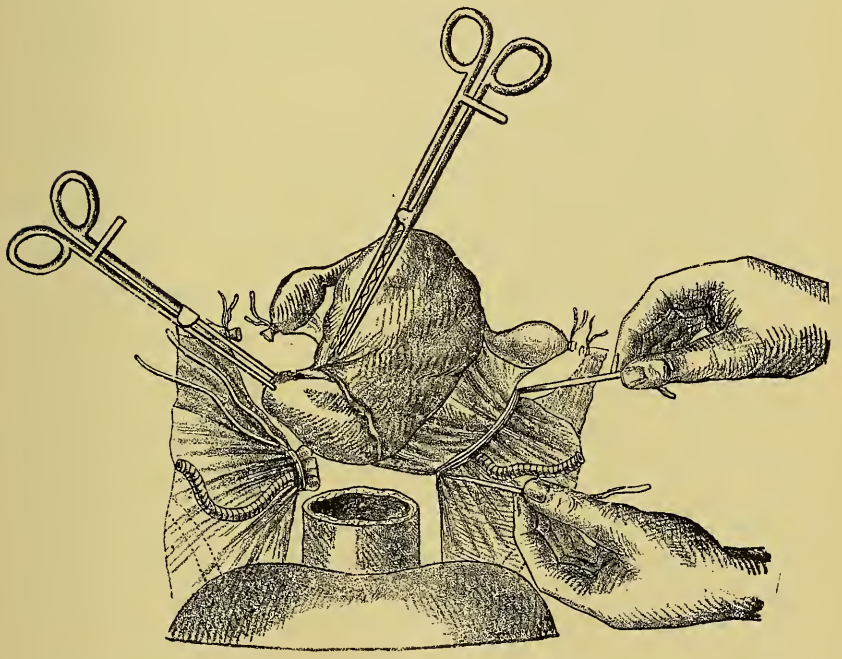

Fig. 359. — Bascule de l'utérus fibromateux, autour du ligament large encore adhérent.— Application du second lien élastique.

anse un fil de caoutchouc dans le vagin et on enserre la base du ligament large d'un côté avec ce fil, dont les bouts sont liés avec une soie plate (*Fig.* 358). On sectionne alors, en empiétant sur l'utérus, les tissus situés entre le lien de caoutchouc et le col. Imprimant ensuite un mouvement de rotation à l'utérus sur son axe, on rend accessible l'autre ligament large, qu'on lie avec un autre fil

de caoutchouc (*Fig.* 359). On attire alors les liens en caoutchouc par le vagin, en même temps qu'une mèche de gaze iodoformée, puis on referme le ventre.

Suites. — Les suites seront celles d'une hystérectomie abdominale totale. Comme accidents spéciaux, rien de particulier à signaler, sinon le danger d'*infecter la séreuse*, en passant du temps vaginal au temps abdominal.

Indications. — L'hystérectomie vagino-abdominale présente des avantages pour la facilité de l'exécution de l'opération; mais ces avantages disparaissent devant le danger d'infection que l'on fait nécessairement courir à la malade. Nous la proscrivons donc absolument, quand l'opération peut se faire complètement par le ventre ou par le vagin.

Elle reprend au contraire tous ses droits et devient l'opération de choix, quand l'opération nécessite l'emploi des deux voies combinées. Or le *cancer utérin* est la seule affection qui remplisse ces conditions; car, d'après nous, dans tous les cas de cancers, on doit enlever en même temps que l'utérus, le tiers supérieur du vagin, et tous les ganglions iliaques.

CHAPITRE II.

618.14.83.68

MORCELLEMENT DES CORPS FIBREUX PAR LA VOIE PÉRINÉALE.

Définition. — Cette opération a pour but de pratiquer, par voie périnéale, le morcellement des fibromes qui ont dédoublé la cloison recto-vaginale.

Historique. — Czerny avait pratiqué l'énucléation transvaginale de ces tumeurs. Pour se donner plus de jour, Péan fendit le périnée et la cloison recto-vaginale jusqu'à la tumeur. Depuis, quelques auteurs ont abordé ces tumeurs par simple incision transversale du périnée et dédoublement des deux cloisons.

Technique. — La malade sera préparée comme pour subir une hystérectomie vaginale par morcellement. Les mêmes *instruments* seront nécessaires.

A. Manuel opératoire typique. — La malade sera placée dans la position de la taille. Transversalement, d'un ischion à l'autre, on fait, entre la vulve et l'anus une incision de 7 à 8 centimètres. Aux extrémités de cette incision, on en fait deux autres verticales, de 4 centimètres, de sorte que les incisions, dans leur ensemble, ont la forme d'un H, c'est-à-dire qu'elles dessinent deux lambeaux, un supérieur, et un inférieur. Ces deux lambeaux seront disséqués, en prenant soin de n'ouvrir ni le rectum, ni le vagin ; puis on les saisira en leur milieu avec une pince de Museux et on les écartera l'un de l'autre. Avec le doigt on décollera doucement la cloison recto-vaginale, en suivant exactement la paroi du vagin. Les fibres du releveur de l'anus seront déchirées avec le doigt, si on les rencontre. Suivant le volume de la tumeur, on la rencontrera plus ou moins vite. Dès qu'elle sera reconnue, on la dénudera dans une partie de son étendue. Puis on commencera le morcellement d'après les règles ordinaires.

Ce morcellement sera fait très méthodiquement et en suivant strictement les règles de l'asepsie ; car certaines tumeurs sont

coiffées du péritoine, de sorte que l'ouverture de la séreuse peut avoir lieu. Lorsque la tumeur sera enlevée en totalité, on fera une irrigation prolongée avec de l'eau stérile chaude dans la cavité restée béante. Si l'hémorrhagie ne cesse pas par ce moyen, on placera dans la cavité un tamponnement de Mikulicz, qu'on fera ressortir par le périnée, entre la vulve et le vagin. Puis on terminera en suturant la plaie périnéale. Si le tamponnement n'est pas nécessaire, on se contentera d'établir un drainage avec un gros drain en caoutchouc.

B. Procédés divers. — Procédé de Péan (1894). — Au moyen de deux pinces à mors longs et dentés, on saisit fortement le périnée et la cloison recto-vaginale, avec l'un des mors engagé dans le vagin, et l'autre dans le rectum. L'hémostase préventive ainsi obtenue, on sectionne les tissus dans l'intervalle des pinces, sur la ligne médiane. On aborde ainsi la tumeur, qui apparaît entre les muqueuses vaginale et rectale qu'elle a dissociées. On saisit la tumeur avec des pinces à mors dentés ; on l'abaisse vigoureusement et on l'enlève par morcellement. Les vaisseaux voisins qui ont été sectionnés, sont saisis avec des pinces qu'on laisse à demeure ; dans la cavité occupée par la tumeur, on place un gros drain en caoutchouc et on fait un tamponnement modéré avec des éponges salolées ou iodoformées, attachées les unes aux autres. On termine enfin l'opération, en suturant la muqueuse vaginale au moyen d'un surjet au catgut, puis la muqueuse rectale et les tissus intermédiaires, au moyen de points séparés au crin de Florence. Les pinces laissées à demeure peuvent être enlevées au bout de quelques heures. Le tamponnement sera enlevé au bout de deux à trois jours.

Suites. — L'incision périnéale en H donne beaucoup de jour et permet d'agir rapidement, sûrement et facilement. La *blessure du rectum* ne sera guère à craindre, celle du *vagin* sera sans importance. L'*ouverture du péritoine* seule peut présenter des dangers.

Indications.—Cette opération n'est applicable qu'aux *fibromes nés de la paroi postérieure du col ou du segment inférieur de l'utérus, quand ces tumeurs ont décollé la cloison recto-vaginale.* Si ces tumeurs sous-péritonéales ont envoyé des prolongements en arrière ou dans l'épaisseur d'un ligament large, il sera plus sage d'adopter la voie abdominale, qui permet l'énucléation facile et complète de toutes les tumeurs à enlever, et qui laisse la ressource de l'hystérectomie totale.

CHAPITRE III.

618.14.83.7

HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE ET VAGINO-PÉRINÉALE.

Définition. — Cette opération a pour but d'enlever l'utérus par la voie périnéale.

Historique.— E. Zuckerkandl, en 1888, puis Wölfler, en 1889, étudièrent, sur le cadavre, l'ablation de l'utérus par la voie périnéale. Ils avaient adopté une incision oblique, partant de la commissure de la vulve et se portant vers l'ischion. Leur procédé fut exécuté par Fronmull (de Munich). Schuchardt (de Stettin), pour se donner plus de jour, dans l'hystérectomie vaginale pour cancer, ajouta, aux incisions vaginales classiques, une incision vagino-périnéale. Il fit donc une hystérectomie vagino-périnéale.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir une hystérectomie vaginale. En outre la région anale sera soigneusement désinfectée, et le rectum sera légèrement distendu avec des lanières de gaze iodoformée. Les *instruments* seront les mêmes que pour l'hystérectomie vaginale.

Manuel opératoire. — Nous décrirons successivement : l'*Hystérectomie périnéale ;* et l'*Hystérectomie vagino-périnéale*, qui forment deux opérations distinctes, mais ne diffèrent l'une de l'autre que par la façon d'arriver jusqu'à l'utérus, c'est-à-dire par l'incision.

I. — Hystérectomie périnéale type.

A. Manuel opératoire typique. — La malade est dans la position dorso-lombaire, les jambes fortement relevées. On opèrera à gauche ou à droite, suivant le siège de la tumeur, toujours du côté du ligament large envahi, s'il s'agit de cancer. On fait une incision oblique, partant de la grande lèvre du côté sain, passant entre la commissure postérieure de la vulve et l'anus, se dirigeant ensuite vers l'ischion et contournant de 2 centimètres cette saillie osseuse;

de sorte que, dans son ensemble, l'incision à la forme d'un L. La peau sera d'abord sectionnée, puis le tissu cellulaire, les fibres musculaires péri-anales et péri-vulvaires. On décollera ensuite avec soin le vagin du rectum et on abordera le cul-de-sac de Douglas. Lorsque le péritoine sera ouvert, on prolongera en profondeur l'incision cutanée, de façon à creuser un puits conique, très évasé du côté de la peau, et au fond duquel on opèrera. Avec le doigt, on explore les annexes et l'utérus sur sa face postérieure; on saisit entre les doigts le ligament large devenu accessible.

Lorsque l'exploration est terminée, deux manœuvres seront successivement tentées pour enlever l'utérus.

Si les ligaments sont flasques et extensibles, on accroche avec l'index recourbé le fond de l'organe ; on le fait basculer en arrière et on l'enlève, absolument comme dans l'hystérectomie sacrée.

Si la bascule de l'organe paraît impossible, on saisit le col de l'utérus, par le vagin, avec des pinces de Museux, puis on abaisse fortement l'organe. On aborde alors le ligament large du côté où on opère, par sa face postérieure, et on le transfixe avec des anses de fil, qu' on noue vigoureusement. On coupe ensuite le ligament large le long de l'utérus. Saisissant alors l'organe avec des pinces de Museux, on l'attire dans la plaie, de façon à rendre accessible le ligament large de l'autre côté. On sectionne ce ligament large sur des ligatures en chaîne. L'utérus ne tient plus que par ses attaches vaginales et par sa face antérieure. On ouvre le vagin en arrière, ce qui sera facile; puis on sectionne ce conduit tout autour du col. On termine enfin par le décollement de la vessie. On pourra alors facilement fermer la séreuse par quelques points de suture. La plaie périnéale sera suturée en capiton et drainée.

II. — **Hystérectomie vagino-périnéale ou Opération de Schuchardt.**

A. Manuel opératoire typique. — L'incision se fait du côté où les lésions présentent leur maximum. La malade étant dans la position dorso-sacrée, les jambes fortement relevées, on pratique une incision cutanée, partant de l'union du tiers postérieur au tiers moyen de la grande lèvre, et se portant en bas, vers l'anus, qu'elle contourne à trois centimètres en dehors, pour se terminer près de l'articulation sacro-coccygienne. Cette incision comprend la peau, sectionne le muscle transverse du périnée et arrive dans la graisse du creux ischio-rectal. Cette graisse est sectionnée ou déchirée avec le doigt, jusqu'à ce

qu'on reconnaisse d'une part, le vagin, et, d'autre part, l'entonnoir formé par le releveur de l'anus. On ne touche pas à ce muscle, mais avec les ciseaux on sectionne tous les tissus, y compris le vagin, jusqu'au col de l'utérus. En écartant les lèvres de cette vaste plaie, on rend le champ opératoire bien plus facilement accessible. On procède alors à l'hystérectomie vaginale, en incisant circulairement le vagin à la hauteur voulue, en ayant soin de dépasser largement les limites du mal. Le cul-de-sac de Douglas est alors très largement ouvert ; ce qui permet une facile et complète exploration de l'utérus, des ligaments larges et des annexes.

En avant, la vessie est ensuite isolée du col de l'utérus, comme d'habitude. L'organe ne tient plus que par ses ligaments larges. Un très large et très long écarteur est placé en avant, de façon à bien préserver la vessie et les uretères. Il suffit alors de pratiquer la ligature en chaîne du ligament large, du côté de l'incision, en plaçant les fils aussi loin du corps utérin que cela paraît nécessaire. Chaque anse de fil doit prendre une petite étendue du ligament large, afin de ne pas être exposé à glisser.

Ainsi libéré d'un côté, l'utérus est facilement amené dans la plaie. Si son volume s'oppose à sa descente, rien n'est plus simple que de le morceler, jusqu'à ce que le ligament large restant soit rendu accessible. On terminera l'opération, en pratiquant la ligature en chaîne de ce ligament.

L'utérus une fois enlevé, on examinera avec soin les annexes, les portions restantes des ligaments larges, la vessie, etc., et on enlèvera soigneusement toutes les parties qui pourront paraître suspectes.

On placera ensuite des ligatures au catgut sur tous les vaisseaux béants. On terminera enfin l'opération en reconstituant le vagin avec un surjet de catgut, puis en suturant la plaie du périnée. Un tube à drainage est placé dans l'angle postérieur de la plaie, et remonte jusqu'au fond du vagin.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Fronmull (Munich). — Il fait une incision oblique, de dedans en dehors et de haut en bas, en s'étendant suivant la direction vulvo-anale, sur une longueur de six centimètres, jusque près de l'ischion. Il coupe le constricteur du vagin et le releveur de l'anus et dédouble avec précaution la cloison, de façon à séparer le rectum du vagin. Il incise le péritoine et pénètre dans le cul-de-sac de Douglas, introduit deux doigts, abaisse l'utérus, lie et coupe les ligaments larges, et enfin sectionne les attaches vaginales.

Suites. — Les accidents possibles au cours de cette opération sont nombreux. Ce seront ceux de l'hystérectomie vaginale, augmentés de ceux de l'hystérectomie par la voie sacrée. Nous nous contenterons de les signaler. Ce sont la *blessure du rectum*, *la blessure de l'uretère*, du côté où on opère et la *blessure de la vessie*. L'*hémorrhagie*, par contre, semble moins à redouter que dans l'hystérectomie vaginale pratiquée avec des ligatures.

Indications. — L'*hystérectomie périnéale type* constitue une opération en tout point inférieure à l'hystérectomie vaginale. Ses avantages sont illusoires ; elle doit donc être laissée de côté, même pour les cas de cancer largement étendu au vagin.

Il n'en est pas de même de l'*hystérectomie vagino-périnéale*. Elle permet d'augmenter le champ opératoire ; elle rend, dans les cas difficiles, l'opération plus simple et plus radicale.

Nous croyons qu'elle peut rendre des services, dans les cas de *cancer du col* étendu aux culs-de-sac vaginaux, mais quand les ligaments larges sont restés souples et l'utérus mobilisable. Si ces conditions n'existent pas, la méthode abdominale reste la seule rationnelle.

CHAPITRE IV.

618.14.84.7

HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE.

Définition. — On donne ce nom à l'extirpation de l'utérus par la voie sacrée. Les annexes peuvent, ou non, être enlevées en même temps que l'utérus.

Historique. — Hochenegg eut, le premier, l'idée d'utiliser la voie sacrée pour aborder les organes pelviens (1888). La même année, Herzfeld décrivit un procédé d'extirpation de l'utérus par la voie sacrée.

La méthode fut appliquée pour la première fois le 2 décembre 1888, en même temps, par Hochenegg, Gersuny et Hégar: les deux premiers, en pratiquant une résection osseuse définitive; le dernier, en faisant une résection temporaire.

Emile Zuckerkandl vient bientôt (1889) déclarer qu'il est inutile de toucher au squelette et que la voie para-sacrée est suffisante. Il conseille une incision à gauche.

Wölfler adopte la voie para-sacrée; mais il fait l'incision à droite (1889).

Roux (de Lausanne), applique un procédé avec résection temporaire (1890). Viennent ensuite les travaux de Müller, Terrier et Hartmann; et surtout les mémoires de Herzfeld (1893), Sieur, (1896), etc.

Technique opératoire. — La préparation de la malade a une grande importance. On lui fera un nettoyage antiseptique du vagin, en insistant sur les culs-de-sac et sur le col de l'utérus. S'il s'agit d'un cancer du col, toutes les parties bourgeonnantes seront imbibées de teinture d'iode, et on pratiquera un tamponnement lâche du vagin avec de la gaze iodoformée.

La malade aura été purgée la veille, et immédiatement avant l'opération, on introduira dans le rectum des bandes de gaze hydrophile, de façon à distendre un peu l'intestin et à le rendre plus facile à reconnaître au cours de l'opération.

Enfin les poils de la vulve et du pubis seront rasés, et toute la

région sacrée et la région périnéo-vulvaire seront savonnées et désinfectées avec soin.

Instruments. — Aucune instrumentation spéciale. Le chirurgien devra avoir à sa disposition, indépendamment des instruments indispensables à toute opération: une pince gouge, une pince coupante, un davier, deux rugines, droite et courbe, deux valves vaginales, deux pinces à abaissement, douze pinces hémostatiques longues, une aiguille de Reverdin courbe, des aiguilles à surjet.

Aides. — Deux aides seront nécessaires. L'un sera chargé de passer les instruments, les compresses et les fils; l'autre aidera directement. Ce dernier aide devra être familiarisé avec le toucher vaginal et le toucher rectal.

A. Manuel opératoire typique. — La malade sera anesthésiée avec de l'éther. Elle sera couchée sur le côté gauche, le bassin répondant à l'angle formé par deux tables placées perpendiculairement l'une à l'autre. Dans cette position, les cuisses sont fléchies sur le bassin. La région sacrée et la région périnéo-vulvaire sont accessibles. Le chirurgien se placera derrière l'anus, son aide restant à sa gauche, derrière le dos de la malade. Le champ opératoire bien délimité par un drap fendu, le chirurgien fera une longue incision partant, en arrière, de l'épine iliaque postérieure et inférieure droite, suivant le bord droit du sacrum et du coccyx, puis la ligne médiane, jusqu'à deux centimètres de l'anus. Cette incision sera, dans sa partie supérieure, menée à fond jusqu'à l'os ; puis elle sera plus superficielle dans sa partie terminale, n'ayant d'autre utilité, dans cette partie de son trajet, que de permettre un écartement plus considérable des lèvres de la plaie.

L'incision terminée, on décollera les parties molles de chaque côté, dans une étendue de dix à quinze millimètres, de façon à mettre à nu le coccyx et la partie inférieure du sacrum. En appuyant sur l'extrémité libre du coccyx, on déterminera la situation exacte de l'articulation sacro-coccygienne. On ouvrira transversalement cette articulation; on saisira le coccyx avec un davier; puis, de sa base vers son sommet, on le décollera facilement avec une rugine ou le bistouri. L'ablation du coccyx donne déjà beaucoup de jour; mais il importe d'avoir ses aises pour agir. L'opération est longue, parfois difficile; elle se fait dans la profondeur : toutes raisons qui militent en faveur d'un accès facile du champ opératoire. *L'ouverture faite au bassin ne doit donc pas être proportionnée au volume de la tumeur à enlever, mais au volume de la main du chirurgien.* Il

faut que la main puisse, le cas échéant, être introduite dans la cavité pelvienne, pour explorer les organes, et aussi pour pouvoir agir facilement dans la profondeur. Pour créer cette brèche osseuse, il suffira de faire sauter avec les pinces-gouges la dernière vertèbre sacrée, et de libérer le bord droit du sacrum dans une étendue de trois ou quatre centimètres. On fera alors vigoureusement écarter les deux lèvres de l'incision, de façon à rendre visible et accessible l'aponévrose prévertébrale. Cette aponévrose sera fendue avec les ciseaux, et la graisse apparaîtra. A ce moment, on pourra éprouver quelque difficulté pour s'y reconnaître. On cherchera, par tâtonnements, le rectum, qu'on reconnaîtra facilement, s'il est distendu ; dans le cas contraire, l'aide introduira le doigt par l'anus, et déprimera le bord droit de l'intestin. Le chirurgien prendra contact avec l'intestin, dénudera le bord droit du rectum, cherchera en avant le vagin, qu'il reconnaîtra à son aspect blanc brillant. Par tâtonnement, il déterminera la situation du col de l'utérus, et à cet endroit, avec le doigt, il séparera doucement et assez facilement le vagin du rectum, continuant en haut le décollement jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Avant de pratiquer l'ouverture de ce cul-de-sac, on devra placer des pinces hémostatiques sur tous les vaisseaux sectionnés. On saisira alors la séreuse avec une pince à disséquer et on y pratiquera une petite ouverture, qu'on ouvrira transversalement vers la droite, pour ne pas risquer de blesser le rectum. Pendant cette incision, deux ou trois pinces de Kocher seront placées sur la lèvre postérieure de l'incision péritonéale, pour la repérer, afin d'en rendre la suture ultérieure plus facile.

La cavité péritonéale ouverte, on en pratiquera l'examen à la vue et au toucher. Cette exploration est surtout nécessaire s'il s'agit de cancer, et elle devra surtout porter sur les ligaments larges. L'exploration terminée, on procédera à l'extraction de la matrice.

On accrochera le fond de l'organe avec l'index gauche, et on le fera basculer en arrière dans la plaie ; on placera une pince de Museux sur le fond de l'organe et on fera exercer une forte traction par l'aide. A ce moment, le fond de l'utérus est accessible, ainsi que les annexes et les ligaments larges. On pratiquera la ligature en chaîne du ligament large droit, et on en fera la section. On agira ensuite de même sur le ligament large gauche. Cette section des ligaments larges se fera au ras de l'utérus, sauf dans les cas où le néoplasme a envahi les ligaments. Il faudra alors faire porter la section au-delà des annexes, le plus loin possible, tout près des parois du bassin.

Libéré de ses ligaments larges, l'utérus est plus mobile et vient

de lui-même dans la plaie, sous la traction de l'aide. On explore sa face antérieure, on délimite la situation exacte du cul-de-sac vésico-utérin, puis on pratique à deux centimètres au-dessus de la ligne de réflexion de la vessie, une incision transversale qui n'intéresse que la séreuse. Cette séreuse est décollée jusqu'à la vessie, qui est ensuite séparée du col utérin, jusqu'à ce que le cul-de-sac vaginal antérieur apparaisse. L'utérus ne tient plus alors que par ses insertions vaginales. En le tirant en bas et à droite, on rend très visible la brèche péritonéale par laquelle on l'a extrait. Cette brèche est transversale, formée d'une lèvre antérieure ou *vésicale*, et d'une lèvre postérieure ou *rectale*. Au moyen d'un surjet, on pratiquera la suture de cette brèche, de façon à clore complètement la cavité péritonéale. Cette cavité se trouve donc fermée, avant que l'ouverture du vagin n'ait été faite. On ne peut donc pas craindre l'infection venant du vagin ou de la tumeur, si cette infection existe.

Quand le péritoine sera suturé, on reviendra à l'isolement du col, On cherchera les artères utérines, soit au toucher, soit plus simplement au moyen de petites sections, qui ne tarderont pas à l'atteindre et à la faire reconnaître par un jet de sang, immédiatement arrêté avec une pince. Les deux utérines seront liées, et la dissection se continuera jusqu'au vagin. Ce conduit sera lui-même isolé dans une étendue variable, selon l'extension du néoplasme. On se guidera, pour limiter sa résection, sur les indications fournies par l'aide. Avec les ciseaux on coupera rapidement le vagin, et l'utérus se trouvera enlevé.

Fig. 360. — Incision sacrée dans le procédé de Brown.

On terminera l'opération par l'hémostase. Par quelques sutures perdues, on s'efforcera de combler le fond de la plaie. Un

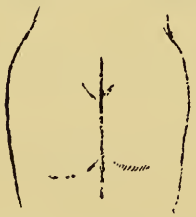

Fig. 361. — Incision des téguments dans le procédé de Jeannel.

Fig. 362. — Incision des téguments dans le procédé de Lévy.

Fig. 363. — Incision des téguments dans le procédé de Kraske.

gros drain sera installé dans la plaie, remontant jusqu'au des-

sous du péritoine suturé. Le vagin sera tamponné avec de la gaze iodoformée ; enfin, on appliquera un pansement aseptique.

B. Procédés divers. — Cette opération peut se pratiquer de différentes manières. Les différences existent surtout sur la *façon*

Fig. 364. — Incision des téguments dans le procédé de Brown.

Fig. 365. — Incision des téguments dans le procédé de Schwartz.

Fig. 366. — Incision des téguments dans le procédé de Hochenegg.

de pénétrer jusqu'à l'utérus. Les incisions sont de forme variable (*Fig.* 360, 361, 362, 363, 364, 365 et 366).

Les uns font une *résection osseuse définitive* ; les autres une *résection temporaire* ; d'autres enfin *ne touchent pas au squelette*.

I. — Résection osseuse définitive.

1° Procédé de Hochenegg (1892)(1). — L'incision part en haut, à un centimètre au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, descend sur la ligne médiane, contourne l'anus du côté gauche et se termine au périnée (*Fig.* 366). Le coccyx est réséqué (*Fig.* 368), puis le rectum disséqué à gauche, jusqu'à la paroi vaginale postérieure,

Fig. 367. — Section osseuse dans le le procédé de Kraske.

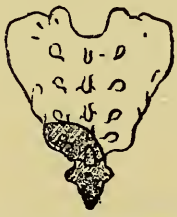

Fig. 368. — Section osseuse dans le procédé de Hochenegg.

qu'on isole, afin de pouvoir l'inciser dans toute son étendue. On écarte à droite la paroi vaginale et le rectum, pour isoler le rectum de la face postérieure de l'utérus et ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Quand le péritoine est ouvert, on a sous les yeux la face

(1) Nous avons classé les procédés selon leur ordre chronologique. — La date qui suit le nom de l'auteur indique seulement l'année de la dernière publication de cet auteur.

postérieure de l'appareil génital. On enlève les parties malades, utérus et tissus voisins, puis on suture le péritoine, et on ferme le vagin. On termine en suturant la plaie cutanée.

2° Procédé de Herzfeld (1893). — La malade est couchée sur le côté gauche. L'opération se fait à droite. On fait partir une incision de l'épine iliaque inférieure et postérieure droite, et se portant, en s'arrondissant, vers la crête sacrée, qu'elle suit, puis la ligne médiane, jusqu'à un centimètre de l'orifice anal. Le coccyx est isolé, puis enlevé ; si c'est utile, on enlève également un centimètre de la dernière vertèbre sacrée. Le surtout pré-vertébral est incisé, la graisse écartée jusqu'au rectum, dont on aperçoit le bord droit. En avant du rectum, on aperçoit la paroi vaginale postérieure, qui se reconnait à sa coloration blanc brillant. On la sépare avec le doigt de la paroi rectale, jusqu'au cul-de-sac péritonéal, qu'on reconnaît, et qu'on ouvre facilement. On agrandit la brèche péritonéale à droite, puis on introduit le doigt en crochet dans le bassin; on accroche et renverse le fond de l'utérus, et on le fait sortir par la fente péritonéale. On a alors l'utérus et les annexes sous les yeux. Les ligaments larges sont liés près du bord de l'utérus, puis sectionnés. L'utérus s'attire alors très facilement au dehors et n'est plus retenu que par le vagin et la vessie. Pour l'extirper, on incise transversalement le péritoine sur la face antérieure de l'utérus, au-dessus du point de réflexion de la vessie, et on refoule le péritoine, puis la vessie, jusqu'au cul-de-sac vaginal antérieur. On suture alors le lambeau péritonéal antérieur avec le lambeau péritonéal postérieur, formé lors de l'ouverture du cul-de-sac de Douglas. La cavité péritonéale se trouve donc parfaitement close transversalement. On cherche les artères utérines de chaque côté du col, et on en fait la ligature ; enfin on termine en sectionnant aux ciseaux les attaches supérieures du vagin. Ce conduit est fermé par une suture à points séparés. Enfin la plaie des téguments est réunie.

3° Procédé de Gersuny (1888). — Il ne diffère guère du procédé de Hochenegg, qu'en ce que l'opération se fait à droite et non à gauche. L'incision est longue et décrit un arc à concavité tournée à droite. Elle commence au dessous et en dehors de l'épine iliaque postéro-supérieure droite, et se termine au-dessous de la pointe du coccyx. On énlève le coccyx et on résèque l'aile droite du sacrum jusqu'au troisième trou sacré.

4° Procédé de P. Muller (1891). — La malade est placée dans le décubitus dorsal, le siège très fortement relevé, de façon à rendre accessible la face postérieure du sacrum et le périnée. Il fait ensuite

une incision médiane, s'étendant de la pointe du coccyx jusqu'au milieu du sacrum. Le coccyx est alors isolé et réséqué, ainsi que la dernière pièce du sacrum. Les parties molles sont effondrées. Un aide, avec un doigt introduit dans le vagin, fait saillir le cul-de-sac postérieur de ce conduit dans la plaie, où on l'incise. Cette incision donne accès sur le col, qui est saisi par la plaie. Enfin l'utérus est isolé de bas en haut, comme dans l'hystérectomie vaginale, et on l'enlève après avoir lié les ligaments larges de chaque côté.

5° Procédé de Steinthal (1895). — L'auteur insiste sur la nécessité de fermer le péritoine, et de laisser au contraire le vagin ouvert.

6° Procédé de Schede (1893). — Le bassin est surélevé. On commence l'opération par le vagin, en faisant une incision circulaire autour du col, et en décollant l'utérus jusqu'au cul-de-sac du péritoine, sans ouvrir la séreuse. On commence alors l'opération par la voie sacrée. Il n'est pas besoin de faire de résection temporaire ; une incision para-sacrée, suivie de l'extirpation du coccyx, suffira le plus souvent. On abordera l'utérus comme dans le procédé de Hochenegg.

II. — **Résection osseuse temporaire.**

1° Procédé de Hégar (1889). — Hégar est partisan de la résection osseuse temporaire, d'après la méthode de Henicke pour la résection du rectum. Il fait deux incisions symétriques de chaque côté de la ligne médiane, et suivant à peu près les bords du sacrum et du coccyx. Ces deux incisions se réunissent sur la ligne médiane et forment dans leur ensemble, soit un V ou soit un Y (*Fig.* 369). Les parties molles sont incisées jusqu'au squelette osseux, dont les bords sont libérés des insertions des ligaments sacro-sciatiques. On décolle alors avec le doigt le rectum de la concavité du sacrum, de façon à passer une scie à chaîne, avec laquelle on sectionne le sacrum transversalement, suivant une ligne légèrement oblique en haut et à gauche. Cette ligne part, à droite, du milieu de l'espace qui sépare le troisième et le quatrième trou sacré, et se porte, à gauche, à la partie inférieure du quatrième trou sacré. On cherche le bord droit du

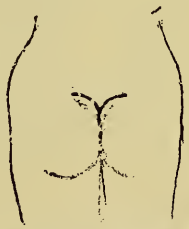

Fig. 369.— Incisions du procédé de Hégar.

rectum ; on ouvre en ce point le péritoine ; on renverse l'utérus dans la plaie et on l'excise, en prenant soin de n'ouvrir le vagin, qu'après avoir resuturé le péritoine sectionné, en avant et en arrière de l'organe.

2° Procédé de Kni (1891). — La malade est couchée sur le côté gauche. Il fait une première incision à gauche, partant à deux travers de doigt de la base du sacrum, suivant le bord gauche de cet os, puis du coccyx, jusqu'à sa pointe ; de l'extrémité de cette première incision, il en fait partir une autre, formant avec la première un angle de 45°, et remontant le bord droit du coccyx, jusqu'à l'articulation sacro-coccygienne. Les parties molles sont incisées, puis le sacrum est scié obliquement, de sa face antérieure à sa face postérieure, suivant une ligne qui s'étend à gauche de l'espace qui sépare le troisième et le quatrième trou sacré, et se portant à droite un peu au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne. La section de l'os n'est pas faite complètement ; on l'achève, en relevant brusquement l'os par son extrémité coccygienne. On a dès lors accès sur le rectum et le péritoine, qu'on ouvre, pour saisir l'utérus et l'enlever, d'après les règles formulées par Herzfeld. L'opération terminée, le lambeau osseux est réappliqué.

3° Procédé de Terrier (1891). — La malade est couchée sur le côté droit, et l'incision longe le côté gauche du sacrum et du coccyx. Elle doit s'étendre de l'épine iliaque postéro-inférieure jusqu'au delà du coccyx. On met à nu le bord du sacrum, en sectionnant,

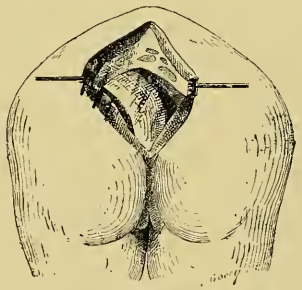

Fig. 370. — Hystérectomie par la voie sacrée (Terrier).— Brèche obtenue par l'opération préliminaire.

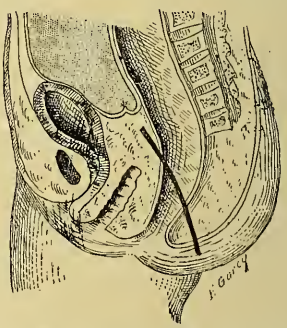

Fig. 371. — Hystérectomie par la voie sacrée (Terrier).— Réunion et drainage de la plaie.

au voisinage de leurs insertions le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques confondus (*Fig.* 370). Le sacrum est ensuite sectionné transversalement entre le troisième et le quatrième trou sacré. Le fragment osseux est soulevé et rabattu sur la fesse du

côté opposé. L'aide introduit un doigt dans le rectum, un autre doigt dans le vagin, dans le but de simplifier la recherche et l'accès de ces organes. Le péritoine est ouvert, et l'utérus enlevé. Enfin le volet ostéo-cutané est réappliqué (*Fig.* 371).

4° Procédé de Roux (1891). — L'auteur aborde l'utérus, comme il aborde le rectum, pour en faire la résection. Il fait une incision de 10 centimètres, en suivant le bord droit du sacrum et du coccyx ; en bas, il prolonge l'incision au-dessous du coccyx, sur la ligne médiane, puis sur le côté droit de l'anus. En haut, au niveau de l'articulation sacro-iliaque, il continue l'incision vers la ligne médiane, qu'il dépasse à gauche. Il libère complètement le bord droit du sacrum et du coccyx, puis coupe transversalement le sacrum au-dessous du 3e trou sacré (*Fig.* 372). Le fragment d'os sectionné est fortement rejeté à gauche et maintenu, au moyen d'un fil, sur la fesse opposée. D'après les cas, quand l'opération est terminée, le fragment osseux est enlevé ou remis en place.

Fig. 372. — Procédé de Roux. — Suture osseuse.

5° Procédé proposé par Morestin (1894) (1). — La malade est placée dans le décubitus dorsal, le bassin extrêmement relevé. On fait une incision médiane partant de l'anus, jusqu'à la proéminente

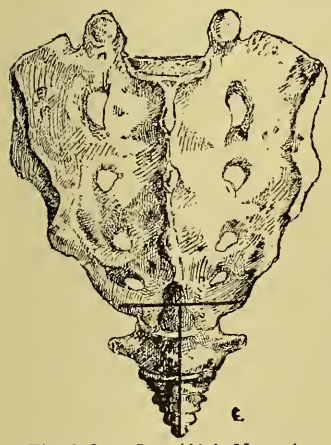

Fig. 373. — Procédé de Morestin. — Section des os.

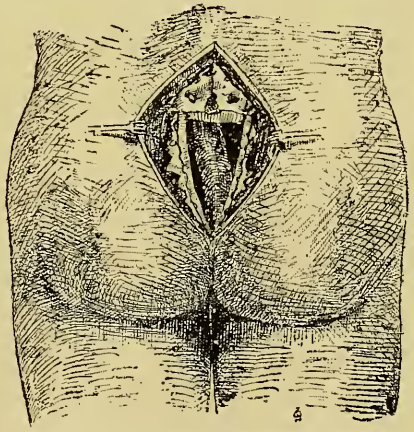

Fig. 374. — Procédé de Morestin. — Incision de la peau et ablation de l'os.

(1) Ce procédé n'a été exécuté que sur le cadavre.

sacrée. On sectionne le coccyx et la dernière vertèbre sacrée sur la ligne médiane; on coupe transversalement le sacrum au-dessous du 4e trou sacré (*Fig.* 373). On rabat à droite et à gauche les 2 volets osseux. On cherche le rectum, qu'on a distendu avec de la gaze iodoformée (*Fig.* 374), et le vagin, dans lequel on a mis un tampon : puis on ouvre le péritoine. On accroche l'utérus et on l'extirpe après ligature des ligaments larges. Si l'extirpation est difficile, il ne faut pas hésiter à extirper l'utérus, de son col vers son fond.

III. — Opération para-sacrée sans résection osseuse.

1° Procédé de Zuckerkandl (1889). — La malade est couchée sur le côté droit. L'opération se fait à gauche. Il ne fait aucune résection osseuse et se contente d'une incision para-sacrée. L'incision commence à l'épine iliaque postérieure et supérieure gauche, descend le long du bord gauche du sacrum, et se termine dans le creux ischio-rectal, entre l'ischion et l'anus (*Fig.* 375). On sectionne le grand fessier et les ligaments sacro-sciatiques ; on déchire l'aponévrose pelvienne, et on rencontre le rectum, qu'on libère, et qu'on fait fortement écarter à droite. On cherche ensuite et on ouvre le cul-de-sac de Douglas, et on enlève la matrice comme nous l'avons décrit.

Fig. 375. — Incision du procédé de Zuckerkandl.

2° Procédé de Wölfler (1889). — Ce chirurgien ne fait pas non plus de résection osseuse. Son incision part de l'articulation sacro-coccygienne à droite, à 15 ou 20 millimètres en dehors de cette articulation. Elle décrit une courbe autour de l'ischion droit et se termine en dehors de la commissure postérieure de la vulve. Le grand fessier est sectionné, puis la graisse du creux ischio-rectal, les ligaments sciatiques, et le releveur de l'anus. On recherche le rectum sur son côté droit, puis on le récline à gauche. On suit le rectum jusqu'au vagin ; on les sépare l'un de l'autre et on arrive au péritoine, qu'on incise. Avec des pinces placées sur le col, par le vagin, on abaisse fortement l'utérus, afin de faire plus facilement la ligature en chaîne des ligaments larges.

3° Procédé de Kufferath (1890). — L'incision part à trois centimètres au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, suit le bord

droit du sacrum et du coccyx, puis la ligne médiane, contourne l'anus à droite, à un centimètre de l'orifice, et enfin se termine en avant, en suivant le raphé, jusqu'à la commissure postérieure de la vulve. Le muscle fessier, les ligaments sacro-sciatiques, le releveur de l'anus sont sectionnés, le rectum isolé et séparé du vagin. Avec des ciseaux, on sectionne la paroi vaginale postérieure dans toute sa hauteur, depuis la vulve jusqu'à son insertion utérine. Le péritoine se trouve donc ouvert tout naturellement et on peut enlever l'utérus.

*
* *

Suites. — La malade sera traitée après l'opération comme si elle avait subi une castration abdominale totale. On la purgera avec du citrate de magnésie dès le lendemain de l'opération. Le drain sera supprimé au bout de 48 heures ; le tamponnement vaginal sera changé au bout de 48 heures et supprimé deux jours plus tard, pour être remplacé par des injections antiseptiques. La plaie sera complètement réunie au bout de 8 jours ; mais la guérison ne pourra être considérée comme obtenue qu'au bout d'un mois.

Accidents. — 1° *Pendant l'opération.* — L'hystérectomie sacrée est une opération laborieuse, très mal connue de la plupart des chirurgiens. C'est ce qui explique le grand nombre d'accidents qui ont été signalés au cours de l'opération. Nous nous contenterons d'en donner la liste. Ce sont : *Blessure du rectum ; blessure du gros intestin ; blessure d'une anse d'intestin grêle ; blessure de la vessie ; blessure de l'uretère du côté où on opère.*

2° *Accidents post-opératoires.* — Comme dans la plupart des opérations graves, on a signalé : Le *shock opératoire ; des hémorrhagies ; rétentions d'urine* ; *pelvi-péritonites* et *abcès pelviens ; eschares sacrées ; nécroses des fragments osseux* dans les procédés à résection temporaire ; *intoxications iodoformées ; phlegmatia*, etc. Tous ces accidents opératoires et post-opératoires sont dus bien plutôt à l'inexpérience que l'on a aujourd'hui de cette opération nouvelle, plutôt qu'à l'opération elle-même. En tous cas, nous ne pensons pas qu'ils doivent entrer en ligne de compte pour faire rejeter une méthode d'intervention, qui doit tenir sa place dans la liste des opérations de gynécologie.

Indications. — On a enlevé l'utérus par la voie sacrée pour des *fibromes* (Hochenegg, Czerny, Schede, etc.) ; enfin, et surtout, pour des *cancers*.

Nous ne croyons pas à l'avenir de cette opération pour les suppurations pelviennes, et surtout pour les fibromes.

Il n'en est pas de même pour les *cancers de l'utérus*. La voie vaginale, admise aveuglément par tous les chirurgiens pour cette affection, est cependant la moins logique, surtout dans les formes avec extension au vagin et aux lymphatiques pelviens.

Or, dans ces cas graves, la voie sacrée permet l'accès des parties qui avoisinent immédiatement le col ; de sorte que, par cette voie, l'opération aura de grandes chances d'être plus complète que par la voie vaginale. Il est vrai que la méthode abdominale lui est encore supérieure.

CHAPITRE V.

618.14.84.8

TRACHÉLOPEXIE SACRÉE.

Définition. — Nous désignons, sous ce nom, la rétrofixation pelvienne du col de l'utérus par la voie sacrée.

Synonymie. — *Opération d'Hochenegg.*

Historique. — En présence d'un cas de rétroflexion utérine fortement fixée en arrière, et chez lequel le fond de l'utérus était senti par le rectum, juste au-dessus du sphincter, Hochenegg eut l'idée d'utiliser la voie sacrée pour libérer l'organe, le réduire, et le maintenir en position normale. Il fit, l'opération le 26 mars 1893.

Technique opératoire. — Les préparatifs seront exactement les mêmes que s'il s'agissait d'une hystérectomie sacrée.

Les mêmes *instruments* seront nécessaires. Le chirurgien aura soin d'avoir en outre à sa disposition des aiguilles courbes et grandes (Modèle de A. Martin, par exemple) (Voir, plus haut, *Hystérectomie sacrée*).

Manuel opératoire. — La malade sera disposée comme pour subir l'hystérectomie sacrée. L'incision sera faite de la même manière; la brèche osseuse pourra être limitée à la simple ablation du coccyx. L'os enlevé, on cherchera comme repère, le bord droit, puis la face antérieure du rectum, que l'on fera récliner à gauche. On se rendra compte par tâtonnements de la situation du vagin, mais le repère important sera le fond de l'utérus. Dès que le doigt l'aura senti, il ne devra plus le quitter. On cherchera alors à détacher prudemment les adhérences et les fausses membranes qui relient dans ces cas l'utérus à la face antérieure du rectum ; cet isolement sera poursuivi avec patience, jusqu'à ce que le doigt ait contact avec le muscle utérin. A ce moment, on devra commencer une décortication de la face postéro-inférieure de l'organe, en allant du col vers le fond, puis passant par-dessus le fond de l'organe. Pendant cette décortication, on ouvrira le péritoine au-dessus des adhérences, c'est-à-dire dans un point élevé du cul-de-sac de Douglas. Dès que la séreuse sera ouverte, on prolongera son ouverture transversale-

ment, en se préoccupant surtout de conserver un lambeau péritonéal postérieur.

Quand la cavité péritonéale sera ainsi ouverte, on pourra facilement explorer les annexes, agir sur ces dernières, si c'est nécessaire ; puis, avec le doigt, on repoussera l'utérus en avant, en enlevant les fausses membranes qui pourraient gêner la réduction, et en continuant vers le vagin, la décortication du col. Cette libération de la face postérieure de l'organe est le point capital de l'opération; elle ne devra être considérée comme terminée, que lorsque l'utérus réduit restera dans sa position normale, sans tendance à retomber en arrière.

C'est à ce moment que l'on fera la fixation. Elle se fera, d'une part, par la fermeture du cul-de-sac de Douglas; d'autre part, par la rétrofixation du col.

Pour fermer le cul-de-sac de Douglas, on fera une suture en surjet du lambeau de séreuse conservé, en arrière, à la face postérieure de l'organe, aussi près que possible du col. Cette suture agira déjà très bien pour attirer le col en haut et en arrière. En outre elle fermera complètement la cavité pelvienne.

Afin de consolider encore cette fixation, il faut, à la manière de Freund, passer deux fils solides de chaque côté du col de l'utérus, puis dans les ligaments supérieurs sacro-iliaques, au-dessous de la suture péritonéale. Ces fils, une fois fermés, maintiennent vigoureusement le col en haut et en arrière, en corrigeant la rétroversion.

L'opération est terminée, en plaçant un gros drain dans le fond de la plaie, en rapprochant les parties profondes par quelques points de sutures perdus, enfin en suturant la peau.

La plaie sera recouverte d'un pansement aseptique.

Suites. — Nous ne pouvons que répéter ce qui a été dit pour l'hystérectomie sacrée. Mais, dans ce cas, l'opération est moins grave et les complications post-opératoires moins à redouter. Il n'en est pas de même des accidents pendant l'opération. Ils devront être présents à l'esprit du chirurgien, qui voudra, par la voie sacrée, pratiquer une rétro-fixation du col de l'utérus. Dans ce cas, le *rectum*, l'*uretère*, la *vessie*, pourront aussi bien être blessés.

Indications. — Cette opération a été faite pour un cas de *rétroflexion adhérente*. Peut-être pourrait-elle trouver d'autres

indications dans des cas de *rétro-déviations* accompagnées de vieilles suppurations pelviennes, alors que le cul-de-sac de Douglas est rempli par des pseudo-membranes et des exsudats très durs, qui rendent l'hystéropexie abdominale antérieure difficile ?

Dans tous les cas, on ne devrait y avoir recours qu'avec l'espoir de pouvoir conserver les annexes, au moins d'un côté, condition qui restreindra beaucoup ses indications.

CINQUIÈME PARTIE

618.8+618.14.80.99

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS GRAVIDE

CHAPITRE I.

618.14.81.99.[≡.3+.8]

RÉDUCTION DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI ET ENCLAVÉ APRÈS LAPAROTOMIE.

Définition. — Cette opération consiste à recourir à la laparotomie pour isoler, puis désenclaver, l'utérus gravide enclavé, lorsque les manœuvres de douceur ont échoué.

Historique. — Cette opération est de date récente. Préconisée par Marcel Baudouin dès 1890 (Thèse, p. 154), elle a été d'abord pratiquée au cours d'interventions abdominales, chez des femmes enceintes, quand l'utérus gravide avait été trouvé enclavé (H. Delagénière, 1892). Puis, l'opération a été faite de propos délibéré par Jacobs (1896).

Technique opératoire. — La malade est préparée comme pour subir une laparotomie; les mêmes *instruments* sont nécessaires.

A. Manuel opératoire type. — La malade est placée sur le plan incliné. Une petite incision sous-ombilicale de 7 à 8 centimètres est pratiquée sur la ligne médiane. Les anses d'intestin sont détachées de leurs adhérences pelviennes, s'il en existe, puis refoulées vers le diaphragme. Elle sont préservées par quelques compresses. L'utérus

apparaît alors au fond du bassin, comme une tumeur arrondie, sessile. Il est violacé, fluctuant, masque parfois les annexes, que l'on trouve libres, au contraire, dans d'autres cas.

A gauche, en suivant le rectum avec l'index, on accrochera le fond de l'utérus, que l'on soulèvera doucement ; on insinuera successivement deux, trois et quatre doigts. Si la réduction ne se fait pas, on devra rechercher les annexes, les isoler, et se servir d'elles comme de point de repère, pour terminer la réduction.

B. Procédé de Jacobs (1896).— Il pratique une petite incision dans les parois abdominales, juste de quoi introduire deux doigts dans le péritoine. Avec ces deux doigts, on décolle les adhérences, qui maintiennent l'utérus en rétroversion, et on pratique la réduction.

L'auteur avait eu l'intention de pratiquer l'*Hystéropexie*, suivant l'avis donné par Marcel Baudouin dans sa thèse de 1890, pour s'opposer au retour des accidents ; mais, dans tous les cas qu'il a opérés (au nombre de 6), cette précaution fut jugée par lui inutile.

Suites.— La réduction, après laparotomie, de l'utérus gravide et rétroversé est une opération simple et qui paraît exempte de dangers. L'*avortement* peut se produire à la suite de cette réduction ; mais cet accident ne paraît pas devoir être fréquent, aucun cas n'ayant été publié.

Indications. — L'opération peut être *complémentaire d'une intervention abdominale*, *chez une femme enceinte*. Chaque fois que, dans ces conditions, on découvrira un utérus enclavé, on ne devra pas hésiter à le réduire.

Mais, la plupart du temps, les symptômes d'enclavement s'observent chez la femme enceinte et qui ne présente aucune lésion intra-abdominale, de nature à faire recourir à la laparotomie. On devra alors recourir plusieurs fois aux méthodes de douceur, pour obtenir la réduction. Ce ne sera que dans les cas d'insuccès, et seulement quand il y aura menace d'avortement, qu'on devra recourir à la laparotomie.

CHAPITRE II.

618.14.81.99.6+618.86

OPÉRATION CÉSARIENNE.

Définition. — On donne le nom d'Opération césarienne à l'extraction de l'enfant, mort ou vivant, par la voie abdominale, après incision de la paroi et de l'utérus.

Cette opération serait dénommée *Opération césarienne*, parce que plusieurs Césars seraient venus au monde au moyen de cette opération.

Synonymie. — *Hystérotomie abdominale.*

Historique. — L'opération césarienne fut pratiquée dans l'antiquité sur la *femme morte.* D'après Jacquemier, la première opération césarienne, qui aurait été faite sur la *femme vivante,* date de 1491. En tous cas, un châtreur de porcs, nommé Nuffer, pratiqua l'opération avec succès, sur sa propre femme, en 1500.

L'opération fut préconisée par Rousset, puis rejetée par la plupart des accoucheurs et chirurgiens (Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau, etc.).

Au XVIII^e^ siècle, l'opération trouve de nouveaux défenseurs; et les efforts des chirurgiens portent sur la façon de suturer la paroi abdominale et de pratiquer les incisions. Levret défend l'incision médiane. Lauverjat préconise une incision transversale, au niveau du fond de l'utérus.

Mais la découverte de la Symphyséotomie remet tout en question. Les accoucheurs se divisent en *Symphyséotomistes* et en *Césariens.* Ces derniers perfectionnent la technique. Wisel, en 1835, le premier, suture la plaie de l'utérus. Cette suture utérine est étudiée et perfectionnée par Stoltz, Cazin, Fochier, Tarnier, etc.; mais, malgré ces efforts, les résultats opératoires restent déplorables : presque toutes les opérées succombent !

Alors apparaît, en 1876, l'opération de Porro, dont les résultats incomparablement meilleurs, entrainent la plupart des chirurgiens.

Cependant, en 1882, Sänger (de Leipzig) s'éleva contre cet

engouement. Avec son maître Léopold, il perfectionna la technique de la suture de la plaie utérine, montra le rôle important que devait jouer l'asepsie, enfin démontra la supériorité, à tous les points de vue, de l'opération césarienne conservatrice sur l'opération de Porro.

Aujourd'hui la technique de Sänger est adoptée par tous les chirurgiens ; c'est à peine si quelques modifications de détail y ont été apportées. Nous les trouverons à l'énumération des procédés.

Technique opératoire. — Les soins préparatoires données à la malade ont la plus grande importance. Elle sera complètement rasée, puis savonnée, avec le plus grand soin, dans un bain. Le vagin sera désinfecté et brossé au savon, le col écouvillonné et nettoyé avec une solution alcoolique de sublimé. Si la malade a perdu les eaux, on remplacera le savonnage vaginal par une copieuse injection de sublimé, et on pratiquera un nettoyage du col avec de l'alcool sublimé au millième, ou avec de la teinture d'iode. Enfin, on tamponnera modérément le vagin avec de la gaze iodoformée, ou avec des compresses stériles. Ces précautions vaginales sont indispensables, pour permettre d'assurer l'asepsie de la cavité utérine.

Les *instruments* n'ont pas besoin d'être nombreux : un bistouri, deux paires de ciseaux, une pince à disséquer, une aiguille de Reverdin courbe, deux aiguilles courbes à surjet, enfin dix-huit pinces hémostatiques et six pinces clamp, constitueront l'arsenal nécessaire. On aura en outre à sa disposition une paire de broches et une corde en caoutchouc. Des compresses-éponges nombreuses, un drap fendu, des catguts et des fils de soie moyenne seront les seuls accessoires utiles.

Aides. — Le chirurgien devra s'adjoindre une sage-femme, ou un confrère, pour donner les soins voulus à l'enfant ; il lui faudra, en outre, comme pour toute laparotomie, un aide exercé.

A. Manuel opératoire typique. — La malade sera endormie, de préférence à l'éther, et elle sera placée sur la table à opération munie d'un plan incliné. Le chirurgien sera à sa gauche, l'aide à sa droite ; la sage-femme attendra derrière le chirurgien, qui lui passera directement l'enfant.

L'*incision* sera médiane et se fera du pubis vers l'ombilic ; elle mesurera de quinze à dix-huit centimètres de longueur. On la fera avec précaution, la paroi abdominale pouvant dans certains cas être réduite à quelques millimètres d'épaisseur. Le péritoine sera ouvert dans toute l'étendue de l'incision et des compresses seront

introduites entre l'utérus et la paroi, pour garantir la cavité péritonéale. Ces compresses devront être placées, moitié en dehors de la cavité, moitié en dedans, afin de ne pas risquer de rester dans la cavité péritonéale. Une bonne précaution consiste à les repérer chacune avec une pince hémostatique.

Lorsque le péritoine est ouvert, la face antérieure de l'utérus est accessible. On cherchera le fond de la vessie et le point de réflexion du cul-de-sac vésico-utérin. A deux ou trois centimètres au-dessus, on pratiquera, avec le bistouri, une incision médiane, longue de quinze centimètres environ, *et n'intéressant que la séreuse*. Laissant alors l'instrument tranchant, on écarte avec l'ongle et le bout du doigt, les fibres musculaires de l'utérus, jusqu'aux membranes ou au placenta. Quand la couche musculaire paraît divisée dans toute son épaisseur, ce qui peut s'obtenir sans perdre une goutte de sang, on agit différemment, suivant que c'est le placenta qui se présente dans la plaie, ou bien les membranes.

Si le placenta présente un de ses bords accessibles, on le contourne du même côté et on le décolle, pour atteindre les membranes. Au contraire, si le centre de l'organe répond à l'incision, il faut résolument passer au travers, le fendre d'un coup, pour arriver dans l'œuf ; et cela avec la plus grande rapidité possible, car à ce moment l'hémorrhagie peut être considérable.

Quand la main du chirurgien rencontre les membranes au niveau de l'incision, parfois celles-ci seront rompues du même coup; d'autres fois, mais plus rarement, les membranes feront saillie entre les lèvres de la plaie utérine, dessinant un semblant de poche des eaux : rien alors de plus simple que de déchirer cette poche des eaux avec le doigt.

Pendant que le chirurgien procède à l'ouverture de l'utérus et de l'œuf, l'aide se préparera à lutter contre l'hémorrhagie ; son rôle devient important, surtout pendant l'extraction du fœtus et du placenta.

Dès que les membranes sont déchirées, le liquide amniotique s'écoule au dehors ; l'aide maintiendra la paroi abdominale en contact avec l'utérus, pour empêcher la pénétration de ce liquide dans le péritoine. De son côté le chirurgien saisira rapidement soit la tête de l'enfant, soit les deux pieds (suivant la présentation) et en fera l'extraction ; le cordon sera coupé entre deux pinces et l'enfant remis à la sage-femme. Si l'hémorrhagie est abondante, l'aide comprime vigoureusement l'utérus entre ses deux mains enfoncées de chaque côté, vers le col de l'utérus. Pendant ce temps le chirurgien procède au décollement du placenta. Plongeant la main gauche

dans la cavité utérine, il saisit le placenta et exerce une légère traction; avec la main droite il décolle l'organe, s'il est resté adhérent en quelques points, puis il l'extrait rapidement.

Quand l'utérus est vidé, souvent tout écoulement de sang cesse. Mais quelquefois une hémorrhagie importante se produit au niveau du point d'insertion du placenta. On se rendra maître du sang, en empilant rapidement des compresses dans la cavité de l'utérus, ou mieux en appliquant un lien élastique provisoire autour de l'utérus. On devra recourir d'emblée à ce procédé, si la plaie utérine donne du sang.

Traitement de l'utérus. — A ce moment, rien ne presse plus. On procède au nettoyage de la cavité péritonéale, on incline la malade et on protège par de nouvelles compresses stériles propres, les anses intestinales. La suture de la plaie utérine constitue le temps le plus important de l'opération; le succès dépendra surtout de sa bonne exécution. On enlèvera les compresses placées dans la cavité utérine et on supprimera le lien constricteur, si on a été obligé d'y avoir recours. Il s'écoulera presque toujours du sang; mais on attendra quelques minutes avant de prendre une décision. En effet, *on ne doit faire la suture de la plaie utérine que lorsque tout écoulement important de sang a cessé.* Jamais on ne devra compter sur cette suture pour faire l'hémostase. Si le sang ne s'arrête pas, il faut renoncer à faire l'opération césarienne et recourir à l'opération de Porro, ou à l'ablation totale de l'utérus.

Suture de la plaie utérine. — Ce sera une suture à deux plans. Le plan profond, destiné à tenir en contact les deux lèvres de la plaie; le plan superficiel séro-séreux, destiné à isoler la ligne de réunion de la cavité péritonéale.

Le plan profond se fera à points séparés, au moyen de fils de soie plate un peu forte; les points de suture seront distants d'un centimètre environ les uns des autres; ils traverseront la séreuse à cinq millimètres en dehors de la plaie, et la muqueuse utérine à deux ou trois millimètres seulement. Tous les fils seront placés et chaque fil sera repéré avec une pince. Pour fermer ces fils, on soulèvera la plaie utérine, en s'assurant de la bonne coaptation de la plaie dans toute son épaisseur; puis on nouera chaque anse séparément. Quand ces fils profonds seront noués, on s'assurera encore qu'il n'y a aucun écoulement de sang au niveau de la plaie, et ce n'est qu'alors qu'on procédera à la suture séro-séreuse.

Cette suture se fera au moyen d'une aiguille fine de couturière et d'une soie fine; elle devra adosser la séreuse au-dessus de la

ligne de réunion. Ce temps de l'opération se fait aisément et vite, la séreuse, sur l'utérus gravide, se prêtant facilement au glissement et au plissement nécessaire à l'affrontement.

A ce moment l'opération est terminée.

On enlève les compresses protectrices. S'il n'y a eu aucun écoulement de liquide amniotique dans le péritoine, et si la femme n'a pas perdu les eaux avant l'intervention, il sera superflu de pratiquer le drainage du péritoine. Dans d'autres conditions, le drainage sera toujours une précaution utile.

Le drain sera placé dans la cavité de Douglas et ressortira à l'angle inférieur de la plaie. Enfin la paroi sera fermée à deux étages.

La plaie sera pansée avec des compresses aseptiques et du coton stérile ; du côté du vagin, on fera un grand lavage à l'eau stérile, puis un tamponnement du vagin avec de la gaze stérile.

*
* *

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Sænger (1882). — Sänger a fixé et arrêté l'opération telle qu'on la pratique partout aujourd'hui. Chaque chirurgien n'y a apporté que des variantes sans conséquence. Pour l'hémostase temporaire, il a conseillé d'abord la ligature élastique, puis la compression de l'utérus au-dessous de la plaie, aussi bas que possible, avec une serviette passée derrière l'organe et dont les deux chefs, ramenés en avant, étaient vigoureusement tordus. Enfin il substitua à tous ces moyens la compression directe avec les mains de l'aide.

Ce fut lui qui montra l'importance de la suture de la plaie utérine. Il crut d'abord indispensable de sectionner, sur la tranche de section, le muscle utérin hernié. Cette section servait d'avivement et facilitait une bonne adaption des deux lèvres. Il a maintenant renoncé à cette résection. Il emploie deux plans de sutures à points séparés: un profond, à l'aide de grosses soies qui traversent toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la muqueuse ; un superficiel, avec des petites soies. Ces points superficiels sont placés entre les points profonds et sont destinés à affronter la séreuse.

Enfin Sänger ne fait aucun pansement de la plaie abdominale, afin de permettre de surveiller l'utérus et de pratiquer des frictions de l'organe dans les cas d'inertie.

2° Procédé de Léopold (1886-1889). — Les travaux de Léopold se confondent avec ceux de son élève Sänger, de telle sorte, que la technique de ces chirurgiens est à peu près semblable. Cependant, dans le cas d'inertie de l'utérus au cours de l'opération, Léopold a conseillé

l'usage de l'ergotine dans la cavité utérine ouverte. En outre il a substitué aux fils de soie les catguts chromatisés. Aujourd'hui Léopold fait une injection d'ergotine, avant de commencer la narcose.

3° Procédé de Fritsch (1889). — Il fait l'incision de l'utérus aussi petite que possible, juste pour le passage de la tête de l'enfant; dix centimètres suffisent. Il fait cette incision transversale sur le fond de l'utérus, en allant d'une corne à l'autre. L'enfant extrait et le placenta décollé, il procède à la suture de la plaie utérine. Autrefois il faisait deux plans de suture, un profond, prenant toute l'épaisseur de la tranche de section, sauf la caduque, puis par-dessus un rang de sutures séro-séreuses. Ces sutures étaient faites à la soie. Aujourd'hui il a abandonné les sutures séro-séreuses parce qu'elles ne servent pas à l'hémostase. Il ne fait plus qu'un plan de sutures qui prend la caduque en même temps que les autres plans musculaires et séreux. Si la cavité utérine est infectée, avec la curette il enlève la caduque sur les bords de la plaie, pour ne pas infecter ses fils de soie. Les points de suture doivent être espacés d'un centimètre les uns des autres. Au niveau de la surface séreuse, l'aiguille doit pénétrer à dix ou quinze millimètres de l'incision, traverser toute l'épaisseur de la tranche de section, y compris la caduque ; mais celle-ci ne doit être traversée qu'à cinq millimètres de la ligne d'incision. Quand l'abdomen est fermé, on met autant que possible l'utérus en antéflexion et on le maintient dans cette position, au moyen d'un pansement serré, et en accumulant des compresses en arrière du fond de l'organe, à travers la paroi.

4° Procédé de Jay (1888). — L'auteur pratique l'opération comme Sänger, mais il *enlève les annexes* de chaque côté, afin d'éviter les grossesses ultérieures.

5° Procédé de Cameron (1890). — L'auteur a modifié l'hémostase préventive, obtenue au moyen d'un lien élastique autour du col. Il emploie un *pessaire* qu'il applique fortement sur la face antérieure de l'utérus, avant de l'inciser (*Fig.* 376). L'hémostase préventive est obtenue dans l'aire du pressaire, et c'est au centre de l'espace ainsi circonscrit, qu'il pratique une *petite incision exploratrice* qui ne donne pas de sang. Par cette petite boutonnière on reconnaît le placenta, on le contourne, ou on passe à travers. En tous cas, on recherche les membranes, qu'on déchire. On extrait l'enfant avant d'enlever le placenta; puis on le décolle et on l'extrait rapidement avec les membranes. L'opérateur saisit alors l'utérus à pleines mains

et le comprime énergiquement, pendant qu'un aide se dispose à saisir entre les doigts des deux mains la plaie utérine, dont les lèvres

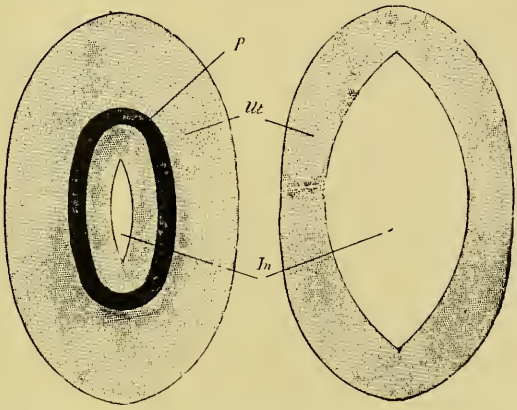

Fig. 376. — Procédé de Cameron. — *Légende* : P, pessaire ; *ut*, utérus ; *in*, incision.

sont éversées (*Fig.* 377). Les fils destinés à la suture sont placés (*Fig.* 378), puis l'utérus est enveloppé avec des éponges chaudes et

Fig.. 377. — Procédé de Cameron. — Compression des bords de la plaie utérine.

énergiquement comprimé. Quand la contraction utérine est effectuée, les fils sont liés. On recommence la compression et les

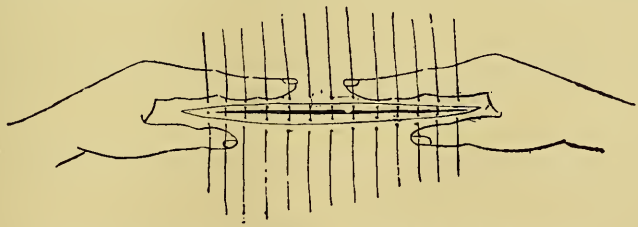

Fig. 378. — Procédé de Cameron. — Mise en place des sutures.

éponges chaudes, on pratique la ligature des trompes ; enfin on réduit l'utérus dans le ventre.

6° Procédé de Merz (1895). — Contre l'hémorrhagie par inertie de l'utérus, l'auteur recommande la manœuvre suivante : L'*aide ramasse, pour ainsi dire, l'utérus entre ses deux mains*, dont le bord cubital déprime de chaque côté la paroi abdominale, et l'applique contre l'utérus. L'organe est donc maintenu soulevé contre la paroi, et enserré entre les deux mains de l'aide, dont la compression énergique ne tarde pas à amener la contraction utérine, et par suite la cessation de l'hémorrhagie.

7° Procédé de Olshausen (1897). — Il attire l'utérus hors du ventre et referme l'incision abdominale au-dessus. Il détermine la situation du placenta, pour inciser en dehors de lui; dans le doute, il incise sur le fond. Il enlève rapidement l'enfant et le placenta, ne se préoccupe pas de la caduque et fait de suite la suture. Il a renoncé au lien élastique et se contente de la *compression avec les mains* des assistants. Il fait faire deux injections d'ergotine avant l'opération. Il ferme la plaie utérine, au moyen de dix à douze sutures séparées, au catgut; puis il fait un deuxième rang superficiel de suture continue, toujours avec du catgut.

8° Procédé de de Ott (1897). — Il rejette toute hémostase préventive, ne se préoccupe pas du placenta et se contente de la compression manuelle des artères dans l'épaisseur des ligaments.

Suites. — Les suites opératoires de l'opération césarienne seront sensiblement les mêmes que celles de l'hystérectomie abdominale avec pédicule rentré. On continuera les soins vaginaux (3 injections par 24 heures); dès le lendemain de l'opération on cherchera à provoquer une selle, en prescrivant du citrate de magnésie et des lavements. La plaie sera pansée le huitième jour et les fils seront enlevés. Dès lors la malade sera considérée comme convalescente. On aura eu soin de pratiquer une *légère compression des seins* avec du coton stérilisé, si la mère est reconnue inapte à nourrir ; dans le cas contraire, on donnera aux seins les soins nécessaires, et dès le huitième jour on pourra commencer la lactation.

On laissera la malade se lever du quinzième au vingtième jour.

Accidents. — L'opération césarienne type doit se comporter comme nous l'avons décrite ; mais cette opération n'est pas constamment aussi simple ; elle expose à des accidents plus ou moins graves, les uns pouvant survenir au cours de l'opération, les autres éclater après.

A. *Pendant l'opération* — Nous examinerons successivement l'hémorrhagie, l'écoulement du liquide amniotique dans le péritoine, la blessure possible de l'enfant, les difficultés d'extraction de l'enfant et du placenta.

L'*hémorrhagie* que nous avons déjà signalée au cours du manuel opératoire, doit être décrite spécialement à cause de son importance, et surtout, à cause de la crainte qu'elle inspire faussement aux débutants. Elle peut provenir de deux sources : de la plaie utérine et de la surface d'insertion du placenta. Or, dans ces deux cas, le chirurgien a à sa disposition un moyen infaillible d'arrêter le sang : c'est l'application, aussi bas que possible, d'un lien élastique temporaire. Malheureusement le moyen n'est pas exempt de tout inconvénient. En arrêtant la circulation dans l'utérus, le lien de caoutchouc produit une sorte de paralysie des vaisseaux, et rend les hémorrhagies redoutables lorsqu'on l'enlève. C'est la raison pour laquelle nous en condamnons l'usage. Un aide exercé et adroit remplacera momentanément, et très efficacement, le lien élastique, en comprimant l'utérus près du col. On pourra ainsi gagner du temps ; chercher à arrêter l'hémorrhagie intra-utérine, en versant une grande quantité d'eau stérile chaude à 45° dans la cavité utérine, ou en y empilant rapidement des compresses. Au bout de quelques minutes, l'aide cessera de comprimer l'organe. Si l'hémorrhagie persiste, on devra alors recourir au lien élastique ; mais en même temps nous croyons plus sage de renoncer à pratiquer l'opération césarienne, et de recourir à l'opération de Porro ou à l'extirpation totale ; car dans ces conditions, on s'exposera aux hémorrhagies secondaires.

Si le sang vient uniquement de la plaie utérine, et s'il vient en abondance, notre manière de faire est identique ; il faut renoncer à la césarienne. S'il vient en petite quantité, on placera la rangée de sutures profondes, et quand tous ces fils seront noués, on examinera avec soin si toute hémorrhagie a cessé : le moindre suintement sanguin doit faire renoncer à terminer l'opération projetée. Au contraire, si tout suintement a disparu, on terminera l'opération comme à l'ordinaire.

L'*écoulement de liquide amniotique* dans le péritoine n'a aucune importance, si les membranes étaient intactes au moment de l'opération. Si, au contraire, la femme avait perdu ses eaux, le liquide amniotique sera tenu pour suspect. On redoublera de précautions pour en empêcher l'écoulement dans le ventre ; on tâchera de le recueillir dans des compresses stériles, qu'on changera aussitôt ; enfin si l'enfant a souffert et rendu son méconium, on ne devra

pas hésiter à pratiquer un grand lavage péritonéal avec de l'eau stérile. Le drainage abdominal sera alors une précaution indispensable.

La blessure de l'enfant, au moment de l'incision utérine, a été signalée. On évitera à coup sûr cet accident, en abandonnant l'instrument tranchant, dès que la séreuse aura été divisée, et en terminant l'ouverture de l'organe avec le doigt.

L'enfant peut présenter des difficultés d'extraction. Avant l'opération, on aura fait avec soin le diagnostic de la présentation. On saura par conséquent, à l'avance, si on a affaire à une tête en bas ou une tête en haut. Si la tête est en bas, le chirurgien devra aller chercher les pieds, l'un après l'autre, et retirer l'enfant, en le soulevant par les deux pieds. Il devra agir vite, prêt à introduire un doigt dans la bouche de l'enfant, si la tête est retenue au niveau de l'incision utérine.

Si au contraire la tête est en haut, jamais on ne devra saisir l'enfant par un bras ou par l'épaule; car l'extraction serait rendue difficile, et même impossible, si l'incision de l'utérus est petite. C'est la tête elle-même qu'il faut saisir à deux mains, et enlever l'enfant ainsi suspendu.

Le placenta peut aussi être difficile à extraire. Ici notre avis est formel. La difficulté d'extraction du placenta tient à ce que cet organe reste adhérent à l'utérus. Or, ce phénomène ne s'observe que lorsqu'il y a inertie de l'utérus, inertie qui exposera la malade à des hémorrhagies plus ou moins redoutables. On ne devra donc pas trop insister sur les manœuvres de décollement de cet organe, et si les adhérences paraissent trop intimes, on devra de suite renoncer à pratiquer l'opération césarienne type, et recourir à l'opération de Porro.

Lorsque le placenta répond à l'incision utérine et a été sectionné de part en part, on devra, après l'extraction du fœtus, aider à son décollement, qui, dans ce cas, se fait plus lentement.

B. *Après l'opération.* — Deux accidents sont à redouter : l'*hémorrhagie* et l'*infection péritonéale*.

L'*hémorrhagie post-opératoire* peut avoir lieu dans la cavité péritonéale ou dans le vagin. Dans le premier cas, elle est la conséquence d'une suture insuffisante, soit que cette suture ait été insuffisante dès le moment de l'opération, soit qu'elle le soit devenue, par suite d'inertie utérine ou d'involution trop rapide de la matrice. Dès que le diagnostic de cette hémorrhagie est porté, soit d'après les signes habituels de l'hémorrhagie intra-péritonéale, soit par

l'écoulement de sang par le tube, on ne devra pas s'attarder à donner l'ergot de seigle, à appliquer de la glace sur le ventre, etc. Mais on ouvrira le ventre, et on pratiquera l'ablation totale de la matrice ou son amputation sus-vaginale.

Dans les cas d'hémorrhagie par le vagin, si l'écoulement de sang est modéré, on pratiquera des lavages intra-utérins très chauds, (à 50°) et on prescrira l'ergotine en injections hypodermiques. Si l'écoulement de sang persistait, on n'hésiterait pas à agir comme précédemment et à enlever l'utérus par la voie abdominale.

L'*infection péritonéale* est l'accident le plus redoutable, et celui auquel succombent le plus souvent les opérées. Ici les causes d'infection sont multiples; la plaie utérine est en relations avec le vagin. Souvent, avant l'intervention, il y a eu des tentatives faites par le vagin, et dans des conditions d'asepsie douteuses. Mais malgré ces causes inhérentes à la malade elle-même, nous restons persuadés qu'après l'opération césarienne, les accidents septiques sont les mêmes qu'après toute intervention abdominale, et presque complètement subordonnés à la façon dont l'asepsie est faite.

Indications. — L'opération césarienne est une opération essentiellement conservatrice, en ce sens que la femme peut concevoir et accoucher de nouveau. Elle doit donc constituer l'*opération de choix*, lorsque l'extraction du fœtus par la voie abdominale a été décidée.

Voyons quelles sont les indications de la voie abdominale, maintenant que la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie sont venues, pour ainsi dire supprimer tous les cas de dystocie osseuse. La question revient donc à poser les indications respectives de ces deux opérations. En effet, si la réapparition de la symphyséotomie a restreint considérablement le nombre des cas justiciables de l'opération césarienne, cette dernière restera l'opération de choix dans certains cas déterminés. Quels sont ces cas? Très peu nombreux, d'après les accoucheurs modernes, qui sont devenus symphyséotomistes; encore assez fréquents pour les chirurgiens habitués aux laparotomies. C'est que, pour ces derniers, la gravité opératoire ne doit pas trop entrer en ligne de compte, les statistiques des deux interventions pouvant presque se comparer au point de vue de la mortalité de la mère, et l'avantage restant incontestablement à l'opération césarienne, au point de vue de la mortalité de l'enfant. On devra donc tenir compte de ses tendances personnelles et se tracer une ligne de conduite. La nôtre,

dans la circonstance, est la suivante : quand le diamètre antéro-postérieur dépasse six centimètres, nous pratiquons la symphyséotomie, à moins de volume anormal de la tête du fœtus. Au-dessous de six centimètres, avec un fœtus à terme et en bon état, nous conseillons l'opération césarienne. Et nous pratiquons de préférence l'opération césarienne type, réservant l'opération de Porro et l'extirpation totale de l'utérus, lorsqu'une grossesse ultérieure doit être évitée, soit en raison de l'état général de la malade, de la présence d'une tumeur fibreuse dans l'utérus ou d'un cancer, et surtout lorsque l'utérus est infecté avant l'opération.

CHAPITRE III.

618.14.81.99.7 + 618.897
OPÉRATION DE PORRO.

Définition. — On donne ce nom à l'opération césarienne, complétée par l'amputation de l'utérus.

Historique. — L'histoire de l'opération de Porro se confond avec celle de l'opération césarienne. C'est pour remédier aux accidents d'hémorrhagie, et pour éviter sûrement l'infection du péritoine par la plaie utérine, que Porro proposa en 1876, de substituer l'amputation sus-vaginale de l'utérus à l'incision simple, suivie de suture. Les résultats de cette intervention nouvelle furent des plus encourageants, et en tous cas bien supérieurs à ceux de l'opération césarienne. Aussi l'opération de Porro, a-t-elle joui d'un moment de vogue. Les perfectionnements de la méthode aseptique, les travaux de Léopold et de Sänger, vinrent s'élever contre cet engouement, de sorte qu'aujourd'hui deux méthodes, présentant chacune leurs indications, sont à la disposition des chirurgiens.

Technique opératoire. — La malade sera préparée comme pour subir l'opération césarienne; les mêmes *instruments* et les mêmes aides seront nécessaires.

A. Manuel opératoire classique.—La malade sera placée sur une table munie d'un plan incliné facultatif. L'opération sera commencée, comme s'il s'agissait de faire une opération césarienne. Cependant si l'opération de Porro est absolument décidée, avant l'ouverture du ventre, et si l'infection probable de la cavité utérine est la raison de cette décision (poche des eaux rompues, température élevée etc.), on devra faire l'incision plus élevée et plus longue. Cette incision devra mesurer 20 à 25 centimètres de long, de façon à permettre de sortir l'utérus gravide hors du ventre. Quand l'incision sera terminée, l'opérateur glissera les deux mains le long du fond de l'utérus, pendant que l'aide déprimera fortement les lèvres de la plaie de chaque côté; l'organe une fois sorti du ventre, sera renversé sur le pubis; on placera en arrière et sur les côtés des

compresses stériles, toutes repérées avec une pince. Pour éviter l'issue des intestins, on placera sur les lèvres de la plaie, pour la diminuer de longueur, un ou deux crins de Florence.

Ce n'est qu'alors qu'on procédera à l'ouverture de l'organe et à l'extraction du fœtus. L'aide prendra les plus grandes précautions pour empêcher l'écoulement dans le péritoine, et sur les compresses protectrices, du liquide contenu dans l'utérus. Pour cela il appliquera, de chaque côté de l'organe, les mains à plat sur la paroi abdominale, et cherchera à les maintenir au contact, absolument comme s'il voulait énucléer l'utérus.

Incision de l'utérus. — Cette incision se fera sur la ligne médiane. Elle commencera à 5 centimètres au-dessus de la vessie, et sera poursuivie jusque sur le fond de l'organe. Elle intéressera seulement la séreuse et les couches musculaires superficielles. Déposant alors le bistouri, le chirurgien dissociera rapidement avec le bout du doigt les plans musculaires profonds, et pénétrera dans l'œuf. Si le placenta se présente, il passera rapidement au travers et cherchera immédiatement à extraire l'enfant.

Extraction de l'enfant. — Cette extraction sera toujours facile, en raison de l'étendue de la brèche utérine. Il sera inutile de s'occuper du placenta, qui disparaîtra avec l'utérus. On devra, au contraire s'occuper de suite de l'hémorrhagie, et on assurera l'hémostase définitive du futur moignon utérin.

Formation du pédicule. — L'aide, en comprimant latéralement l'utérus, aura presque toujours réussi à éviter une grande perte de sang. Si l'hémorrhagie avait été menaçante, on aurait eu recours, en temps voulu, à une ligature élastique provisoire. L'opérateur n'a donc plus, à ce moment, à se préoccuper de l'hémorrhagie et il peut prendre son temps pour faire son pédicule. Ce temps de l'opération est simple et facile : *c'est un pédicule long*. On calculera la longueur qu'on voudra lui donner, de façon à pouvoir le fixer sur la paroi, sans exercer de grandes tractions. A l'endroit choisi, on traversera le pédicule au moyen de deux broches en croix ; puis on appliquera tout autour un fil de caoutchouc, que l'on fera passer alternativement au-dessus et au-dessous de chaque broche. Ce fil fera deux tours complets, et on aura soin de le tenir bien tendu pendant son application. Dès que les broches et le lien élastique seront appliqués, on sectionnera l'utérus transversalement, à 2 centimètres au-dessus. Si les ovaires sont situés au-dessus du lien élastique, on les excisera simplement, en passant au-dessus du lien une anse de soie pour assurer l'hémostase du pédicule ovarien. S'ils sont au-dessous

du lien, on les enlèvera sur un fil double, comme dans l'ovariotomie.

Avec les ciseaux et une pince à disséquer, on enlèvera soigneusement la muqueuse du centre du pédicule. On touchera enfin toute la surface de section avec le thermo-cautère. On procédera alors à la fermeture du péritoine.

Fermeture du péritoine. — Le moignon doit être extra-péritonéal ; la séreuse doit donc être partout close et intimement suturée tout autour du pédicule, au-dessous du lien constricteur. Cette suture de la séreuse doit être faite avec le plus grand soin. On prendra une aiguille courbe à surjet, munie d'un catgut résistant, mais peu volumineux. L'opérateur étant à la gauche de la malade, commencera son surjet du côté du pubis ; il réunira d'abord l'une à l'autre les deux lèvres de la plaie péritonéale, jusqu'au niveau du pédicule. Arrivé au pédicule, il suturera la lèvre péritonéale droite au côté correspondant du pédicule, de façon que toute la demi-circonférence droite de ce dernier se trouve cousue à la séreuse. Ce premier surjet sera arrêté au niveau de la ligne médiane. Avec un deuxième surjet, et toujours du pubis vers l'épigastre, il suturera d'abord la séreuse à la demi-circonférence gauche du pédicule, puis arrivé sur la ligne médiane, au point précis où le premier surjet aura été arrêté, il continuera à suturer l'une à l'autre les deux lèvres de la séreuse. Avant de procéder à la fermeture de la partie supérieure de la plaie, les compresses auront été enlevées de la cavité abdominale.

Suture de la peau. — Le pédicule sera maintenu soulevé par les broches, et la peau sera réunie au moyen de crins de Florence profonds, qui traverseront la peau et l'aponévrose. La peau sera glissée sous les broches et fortement tirée, pour bien s'accoler au pédicule. On cravatera le pédicule, au moyen d'une bandelette de gaze iodoformée, qu'on serrera fortement. Cette bandelette est destinée à absorber les liquides qui suinteront du pédicule, lors de sa section par le lien élastique. Un petit tampon de gaze hydrophile sera placé sous chaque broche, afin d'éviter la blessure de la peau ; le pédicule sera recouvert de poudre d'iodoforme, et enfin la plaie pansée comme d'habitude avec des compresses et du coton stérile. On terminera en faisant un grand lavage du vagin avec une solution de sublimé.

B. — Procédés divers. — Procédé de Heusner (1883). — Pour éviter toute hémorrhagie et tout épanchement de liquide, et pour obtenir une occlusion parfaite de la séreuse, l'auteur propose la modification suivante de l'opératton de Porro.

On laisse au-dessus du lien élastique constricteur un moignon haut de 3 à 4 travers de doigt. On fait l'hémostase de la tranche de section, an moyen d'une série de fils placés horizontalement à un centimètre au-dessous de la section. Quant l'hémostase est assurée, on retire le lien constricteur, on introduit les fils à ligatures par l'ouverture du moignon, dans le vagin, et par traction, on invagine le bord du moignon; ce qui forme un entonnoir du côté de la cavité abdominale. On adosse enfin et on suture les bords de l'entonnoir.

Suites. — Elles seront absolument semblables à celles de l'hystérectomie abdominale avec pédicule fixé à la peau. On prescrira trois injections vaginales au sublimé, par jour. Le lendemain de l'opération, on provoquera une selle, au moyen de citrate de magnésie et de lavements d'eau salée. Le huitième jour le pansement sera renouvelé. Les crins de Florence seront enlevés. Si le pédicule est sec, on n'y touchera pas ; s'il est atteint de gangrène humide, on se contentera de le toucher avec une solution de chlorure de zinc, au cinquième, et on changera la cravate de gaze iodoformée. Le pansement, dans ce dernier cas, devra être renouvelé tous les jours, jusqu'à la chute du pédicule. Ce dernier se détachera du dixième au dix-huitième jour. S'il tardait au delà du dix-huitième jour, on l'exciserait avec des ciseaux. Lorsque le pédicule tombe, il laisse une dépression tapissée de bourgeons charnus. Cette dépression devra être tamponnée avec de la gaze iodoformée, jusqu'à guérison complète.

Les seins seront légèrement comprimés avec du coton hydrophile stérilisé, si la malade ne doit pas nourrir; dans le cas contraire, on préparera la lactation par les moyens ordinaires, et le sein sera donné vers le huitième jour, quand on aura acquis la certitude que l'opérée ne court plus aucun risque d'infection.

Accidents. — Nous ne saurions que répéter ici ce que nous avons dit au sujet de l'opération césarienne (v. p. 390). Nous insisterons seulement sur les dangers d'infection, qui sont plus à redouter dans l'opération de Porro, au cours de l'opération. En effet, l'ablation de l'utérus est surtout indiquée, lorsque la poche des eaux a été rompue, qu'il y a déjà des signes d'infection. Or, lorsque l'infection se manifeste, il n'est pas douteux que la cavité utérine ne soit elle-même infectée. On devra prendre les précautions les plus grandes pour éviter l'écoulement de la moindre parcelle de liquide dans le ventre, et c'est la raison pour laquelle nous conseillons de sortir l'utérus gravide de la cavité abdominale, avant de l'ouvrir. Nous ne saurions trop insister sur l'utilité de garantir les anses

intestinales avec des compresses stériles nombreuses et bien placées, et qu'on aura soin de changer le plus tôt possible.

L'infection par le pédicule pourra aussi constituer un accident redoutable : la meilleure façon de la prévenir est de soigner la suture du péritoine pariétal au pédicule, au-dessous du lien constricteur et de bien appliquer la cravate de gaze, destinée à absorber les liquides sécrétés au niveau du sillon d'élimination. Mais, malgré ces précautions, le danger persiste et ce danger, indéniable pour tout praticien, constituera un des arguments les plus sérieux en faveur de l'ablation totale.

Indications. — L'opération de Porro peut être une opération de nécessité pendant le cours d'une opération césarienne conservatrice, si on se trouve en présence d'une hémorrhagie ou d'un cas d'inertie de la matrice, etc. Elle peut aussi être l'opération de choix et décrétée de propos délibéré. C'est ainsi qu'on doit la préférer à l'opération césarienne, dans les cas où il y a infection utérine, que cette infection soit *certaine* ou seulement *probable*; lorsque la cause de dystocie réside dans l'utérus, et que cette cause est une cause permanente (fibrome du segment inférieur, tumeur de voisinage, etc.), lorsque, enfin, la malade présente des troubles d'ostéomalacie (Sänger, Fehling).

L'opération de Porro présente encore des indications générales, qui sont les mêmes que pour la césarienne. Nous considérons donc l'intervention par la voie abdominale comme décidée. Nous avons vu que cette voie doit être préférée, dans les rétrécissements au-dessous de 6 centimètres.

Pour les cancers du col, nous rejetons absolument l'opération de Porro, qui est aussi incomplète que la césarienne et, pour ces cas, nous conseillons l'hystérectomie totale.

CHAPITRE IV.

618.1477.83+618.895

INCISION DU COL DE L'UTÉRUS GRAVIDE.

Définition. — L'incision du col de l'utérus gravide a pour but de remédier au défaut de dilatation du col.

Synonymie. — *Débridement du col.*

Historique. — Préconisée par les uns, combattue par les autres, l'incision du col de l'utérus gravide est beaucoup plus usitée en Allemagne qu'en France. Elle a surtout été vulgarisée par Schrœder, Fristch, Dührssen, etc.

Technique opératoire. — La malade sera préparée de la façon suivante : la vulve sera rasée, puis savonnée avec soin. Le vagin sera désinfecté au moyen d'une injection antiseptique de sublimé, puis énergiquement frotté avec des compresses imbibées de la même solution.

Deux écarteurs, un bistouri boutonné, une paire de ciseaux coudés sur champ, quelques pinces hémostatiques longues, seront les seuls *instruments* nécessaires.

Deux aides quelconques seront utiles pour tenir les jambes et les écarteurs.

A. Manuel opératoire classique. — La malade sera anesthésiée, puis placée en travers sur le bord du lit, ou mieux sur une table de gynécologie. Les jambes seront maintenues soulevées par les aides. On se trouvera bien de surélever le bassin et de supprimer tout oreiller sous la tête de la malade, afin de rendre le col utérin accessible.

Le col sera alors découvert au moyen des écarteurs. Suivant les cas, il sera complètement effacé et représentera une sorte de diaphragme percé à son centre, ou bien il aura conservé sa forme, mais avec des dimensions beaucoup plus considérables que dans l'état normal. Nous allons envisager séparément ces deux cas.

1° *Le col est effacé.* — Dans ce cas l'index gauche sera introduit doucement dans l'orifice du col; il accrochera le rebord formé par

le col à gauche et le maintiendra soulevé, en prenant bien soin de dépasser une sorte de bourrelet habituellement facile à sentir. Le doigt ainsi en position, on glisse sur lui l'extrémité des ciseaux coudés, une lame à l'intérieur du col, une lame à l'extérieur, puis on sectionne à fond, de façon à couper le bourrelet signalé.

Cette incision donne peu de sang. Si un vaisseau avait été sectionné, une pince hémostatique serait laissée à demeure pendant une demi-heure, c'est-à-dire jusqu'à ce que le fœtus, en s'engageant, vienne comprimer le vaisseau et remplacer la pince.

3° *Le col persiste épais et charnu.* — Dans ce cas, on devra recourir aux incisions multiples et peu profondes. L'index gauche sera introduit dans le col. Le bistouri boutonné sera glissé le long du doigt ; puis une section de un centimètre de profondeur sera pratiquée à gauche du col, sans atteindre la surface vaginale du col. Cette première section devra donner plus de liberté au doigt resté dans le col. On introduira de nouveau le bistouri boutonné et on pratiquera une nouvelle section semblable à droite. Deux autres sections seront faites en arrière ; enfin une cinquième section sera faite en avant, sur la ligne médiane. Ces sections multiples du col de l'utérus donnent lieu à un écoulement de sang assez abondant. On terminera l'opération, en pratiquant un tamponnement de la cavité du col incisé avec de la gaze iodoformée, ou mieux avec de la gaze stérile.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Fritsch (1892). — Il pratique l'incision latérale aux ciseaux, du côté où se trouve l'occiput, et complète par une deuxième incision sur le côté opposé, si c'est nécessaire. Il n'hésite pas à faire l'incision plus profonde, s'il existe une sorte de sphincter interne. Dans aucun cas, il ne pratique ultérieurement de suture de ces incisions.

2° Procédé de Duhrssen (1890). — Pratique des incisions profondes, qui occupent toute l'épaisseur des lèvres du col, depuis l'orifice utérin jusqu'à l'insertion vaginale. Ces incisions sont ensuite suturées avec soin.

Suites. — Les incisions du col exposent à des accidents d'*hémorrhagie* et d'*infection* ; elles prédisposent aussi aux *ruptures utérines*, en commençant en quelque sorte l'éclatement de la matrice.

Les hémorrhagies seront arrêtées facilement, soit par l'application momentanée de pinces hémostatiques à demeure, soit par un tamponnement provisoire. L'infection sera peu à redouter, si on prend

la précaution de suturer les plaies des incisions, une fois l'accouchement terminé. Avant de pratiquer ces sutures, on s'assurera qu'il n'y a pas eu de rupture de l'utérus ; auquel cas on ne devra pas hésiter un instant à pratiquer une laparotomie, suivie de lavage du péritoine, de la suture, ou même de l'ablation totale de l'utérus (H. Delagénière).

Indications. — Les accoucheurs sont très partagés sur la valeur des incisions. Les uns les condamnent, en raison des accidents auxquels elles exposent ; d'autres y ont au contraire volontiers recours. En nous plaçant au point de vue chirurgical pur, nous ne croyons pas ces incisions aussi dangereuses qu'on le dit, et nous pensons qu'elles peuvent rendre de grands services dans les cas de dystocie, ayant pour point de départ le col lui-même (sténose, rigidité du col, hypertrophie du col, tumeur du col). Elles peuvent aussi être utiles, lorsque la dilatation se fait lentement et qu'on est bien certain que la tête n'est pas retenue par la ceinture osseuse.

Dans tous les cas, après avoir pratiqué ces incisions, on devra laisser l'accouchement se terminer seul ; la version, le forceps, exposeraient aux ruptures utérines.

Si l'accouchement ne devait pas se terminer seul, nous aurions plutôt recours à l'opération césarienne par voie vaginale, ou Opération de Dührssen.

CHAPITRE V.

618.14.82.99.3 + 618.893

RÉDUCTION VAGINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI ET ENCLAVÉ.

Définition. — Cette opération a pour but de réduire, par la voie vaginale, l'utérus gravide en rétroversion et incarcéré, lorsque l'incarcération menace la grossesse dans son évolution, ou quand elle provoque des phénomènes de compression.

Historique. — La réduction de l'utérus rétroversé a été pratiquée et vulgarisée dès le XVIII^e^ siècle, par Hunter et Baudelocque. Depuis, tous les accoucheurs se sont efforcés de préciser les manœuvres de réduction. Désormeaux appliquait une main au-dessus du pubis, pour maintenir l'utérus, pendant que de l'autre main, introduite dans le vagin, il faisait basculer l'organe. Négrier faisait la manœuvre vaginale avec le poing fermé. Amussat intervenait par le rectum. Enfin quelques-uns eurent recours à des instruments : Evrat se servit d'une sorte de baguette de tambour ; Antoine Petit, d'une sorte de spatule levier ; Rœderer, d'un gorgeret. En 1876, Mundé, puis Campbell, préconisèrent la réduction par la position genu-pectorale, qui fut acceptée et vulgarisée en Allemagne par Solger.

Technique opératoire. — La vulve et le vagin seront savonnés avec soin ; puis on fera une grande irrigation vaginale avec une solution antiseptique. Deux écarteurs vaginaux et deux pinces à abaissement seront les seuls *instruments* nécessaires.

Manuel opératoire. — La malade sera placée dans la position genu-pectorale. Avec les écarteurs, on écartera les parois vaginales l'une de l'autre et on mettra le col à découvert. Parfois, sous la simple action de la pesanteur, dès que l'air aura accès dans le vagin, l'utérus se réduira seul (Mundé) ; mais la plupart du temps, on devra aider à la réduction.

La lèvre postérieure du col sera saisie avec une pince à abaissement ; puis le col sera progressivement et doucement attiré vers la vulve. Sa descente s'effectuera d'autant plus facilement que la grossesse

sera moins avancée. Maintenant d'une main le col ainsi abaissé, on introduit dans le vagin, vers le cul-de-sac postérieur, deux doigts de l'autre main. Avec ces deux doigts appliqués sur le fond rétroversé, on réduit l'organe, doucement et avec patience. Quelquefois la réduction ne se fera pas, et on sera obligé de recourir à des manœuvres intra-rectales. Ces manœuvres, préconisées par certains accoucheurs, réussiront très rarement, lorsque les manœuvres vaginales auront échoué.

Après la réduction, les uns, suivant le conseil de Baudelocque, appliquent un pessaire, pour empêcher l'utérus de reprendre une position vicieuse, (Pilat (de Lille), Schultz, Fritsch, etc.). D'autres se contentent de faire garder à la malade le décubitus latéral pendant 15 jours.

Suites. — Les soins consécutifs seront très simples. La malade sera gardée au lit, pendant le temps nécessaire pour obtenir un développement suffisant de la matrice, qui rendra toute récidive impossible.

Pendant les quinze premiers jours, on lui fera garder le décubitus latéral. On conseillera, pendant les cinq ou six premiers jours après la réduction, deux injections antiseptiques par jour.

Pendant la réduction, on pourra, en exerçant de trop fortes tractions sur le col, en déterminer la *déchirure* ou l'*arrachement*. Il suffira d'avoir cet accident présent à l'esprit pour l'éviter. Enfin on pourra, pendant les manœuvres, provoquer la *rupture de l'œuf*. Dans ce cas, l'avortement sera certainement provoqué. On pratiquera un tamponnement antiseptique du vagin et on attendra l'expulsion de l'œuf.

Après la réduction, on pourra observer l'*avortement* quelques jours après, ou encore la *reproduction de la rétroversion*. La récidive est habituellement attribuée par les auteurs au défaut de décubitus, absence de pessaire, après la réduction. Nous pensons qu'elle est due le plus souvent à des adhérences péri-utérines, qui existaient avant la grossesse ; il y a eu fausse réduction et non réduction.

Indications. — L'enclavement de l'utérus gravide devra être combattu, dès qu'il sera diagnostiqué. On devra établir aussi nettement que possible les antécédents annexiels de la malade, afin de ne pas s'attarder à des manœuvres de réduction inutiles, s'il existe des adhérences solides, qui maintiennent l'utérus en position vicieuse. Dans ces conditions, après une seule tentative de réduction, on devra pratiquer la laparotomie.

CHAPITRE VI.

618.14.82.99.4+618.894.

RÉDUCTION VAGINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE ANTÉVERSÉ ET ENCLAVÉ.

Définition. — Cette opération a pour but de réduire, par la voie vaginale, l'utérus antéfléchi et gravide, lorsqu'il est enclavé, et que l'enclavement menace la grossesse dans son évolution, ou provoque des phénomènes de compression.

Historique. — Étudiée, puis préconisée par Moreau (1838), qui combinait les manœuvres vaginales avec des manœuvres intra-vésicales, pratiquées au moyen d'une sonde. Hachmann se contenta de manœuvres purement vaginales. Godefroy combinait les manœuvres vaginales et les manœuvres rectales.

Technique opératoire. — La vulve et le vagin une fois savonnés, on fera une grande irrigation antiseptique. Deux écarteurs vaginaux et une pince à abaissement seront peut-être nécessaires.

Manuel opératoire. — La malade anesthésiée sera placée dans la position de la taille. La vessie sera vidée avec une sonde. Découvrant le col avec les écarteurs, on saisira la lèvre postérieure avec la pince à abaissement et on exercera des tractions douces et soutenues. Quand le col sera tendu, on introduira deux doigts de la main gauche dans le cul-de-sac vaginal antérieur, et on refoulera doucement en arrière le fond de l'utérus enclavé sous le pubis. Cette réduction se fera facilement, à moins qu'il n'existe des adhérences utérines, ou une tumeur pelvienne. Dans ces deux cas, des manœuvres prolongées ou brutales deviendraient dangereuses.

Suites. — Très simples. Quand la réduction sera obtenue, on prescrira le décubitus dorsal pendant quinze jours. L'application de pessaires, pour maintenir la réduction, devra être proscrite d'une façon absolue.

Comme accidents possibles au cours de ces manœuvres, nous

signalerons l'*arrachement possible du col*, la *rupture de l'œuf*, suivie de l'avortement, et des accidents d'ordre infectieux, si les manœuvres, dans des cas de lésions annexielles, sont brutales, et provoquent la rupture d'une collection infectieuse.

Indications. — L'antéversion est une complication rare de la grossesse. On la rencontre chez les femmes qui présentaient déjà une antéversion ou une antéflexion. Parfois l'enclavement en avant peut être causé par un fibrome utérin postérieur. L'existence d'une tumeur pelvienne, ou de lésions annexielles, doit être considérée comme une contre-indication absolue.

CHAPITRE VII.

618.14.8299.6+618.896

OPÉRATION CÉSARIENNE PAR VOIE VAGINALE.

Définition. — Cette opération a pour but de pratiquer la section du col et du segment inférieur de l'utérus, pour permettre l'extraction du fœtus par les voies naturelles.

Synonymie. — *Opération de Dührssen.*

Historique. — C'est en 1896 que Dührssen décrivit cette opération, en régla les principaux temps et détermina les indications.

Technique opératoire. — La malade doit être préparée comme pour une application de forceps au détroit supérieur. Elle sera sondée. Les poils du pubis et de la vulve seront complètement rasés. La vulve et le vagin seront savonnés longuement; puis une grande irrigation vaginale, avec une solution de sublimé au millième, sera donnée. On terminera, en pratiquant une sorte d'écouvillonnage du col, avec un tampon imbibé d'alcool sublimé au millième. Deux larges écarteurs du vagin, une paire de ciseaux droits, quelques pinces hémostatiques longues, deux pinces à abaissement, une aiguille de Reverdin, et des aiguilles courbes à surjet, seront les seuls *instruments* nécessaires.

A. Manuel opératoire typique. — La malade est anesthésiée, puis placée dans la position obstétricale. Le col est découvert avec les écarteurs, et deux pinces à abaissement sont placées sur la lèvre antérieure du col. Avec le bistouri, on incise le cul-de-sac vaginal tout autour du col, en ajoutant deux incisions complémentaires dans les culs-de-sac latéraux. Avec le doigt on commence, comme pour l'hystérectomie vaginale, le décollement de la vessie en avant, et on incise le col sur la ligne médiane, dans toute la portion dénudée. Si un vaisseau important a été sectionné, on arrête le sang, en plaçant provisoirement une pince hémostatique.

Avec les pinces à abaissement, on saisit la lèvre postérieure du col, qu'on isole du rectum, puis on décolle le péritoine le plus haut possible. Quand la rupture de la séreuse est imminente, on arrête

la décortication et on incise la lèvre postérieure du col sur la ligne médiane et le plus haut possible ; deux ou trois pinces provisoires seront encore placées sur les vaisseaux qui saignent. On continue en avant et en arrière, toujours en refoulant le péritoine, et sans l'ouvrir, l'incision médiane du col et du segment inférieur de l'utérus. Ces incisions doivent être assez longues pour permettre l'introduction de la main dans la cavité utérine. A ce moment, on retire les pinces hémostatiques et, sans se préoccuper de l'écoulement de sang qui peut se produire, on introduit la main et on fait la version pour extraire l'enfant. Le placenta sera extrait à son tour. On fera ensuite une grande injection intra-utérine d'eau stérile chaude ; puis on procédera à la suture des deux incisions utérines.

Cette suture doit se faire rapidement, au moyen de deux surjets de catgut. Quelques points seront ensuite ajoutés sur les incisions vaginales, pour les fermer.

On ne pratiquera pas de tamponnement vaginal. Mais on prescrira quatre injections vaginales antiseptiques chaudes par vingt-quatre heures. Ces injections seront continuées pendant huit jours, et remplacées alors par de simples lotions antiseptiques de la vulve.

B. Procédés divers. — 1° Procédé de Dührssen (1896). — Il emploie un spéculum spécial très large avec lequel il découvre le col. Il l'incise en avant et en arrière sur la ligne médiane ; décolle en avant, la vessie et le péritoine, en arrière, le péritoine du segment inférieur ; puis il poursuit ses incisions sur la ligne médiane. Il arrête le sang au moyen de ligatures ; puis il pratique la version, pour extraire l'enfant.

Suites. — La gravité de l'opération est absolument subordonnée aux dangers d'*infection* utérine. Cependant quelques accidents sont à redouter. Tels sont la *rupture de l'utérus* pendant les manœuvres de la version, les *hémorrhagies* par inertie utérine, etc.

Indications. — Cette opération n'est praticable *que lorsque la ceinture pelvienne osseuse est normale* et permet la migration de la tête et du fœtus par les voies naturelles. Elle peut se trouver indiquée lorsque :

1° Il y a intérêt à *terminer rapidement un accouchement*, et que l'état du col ne permet pas l'introduction de la main, ni du forceps, comme dans certains cas d'éclampsie, d'urémie, d'hémorrhagie intra-

utérine par décollement du placenta ou insertion vicieuse, dans certains cas d'affections générales (asystolie, congestion pulmonaire, etc.).

2° Lorsque la mère étant perdue certainement, on peut encore, en allant vite, sauver l'enfant.

3° Lorsqu'il existe au niveau du col ou du segment inférieur une cause de *dystocie* (rigidité du col, sténose du col, cancer du col, myome du segment inférieur, etc.).

TABLE DES MATIÈRES

I. — TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE.

LES OPÉRATIONS SUR LES LIGAMENTS DE L'UTÉRUS.

INTRODUCTION 1

CHAPITRE I. — **LIGAMENTS RONDS.**

I. — Opérations par la voie extra-abdominale 3

I. — Opérations pour tumeurs des ligaments ronds 3

1. — Tumeurs liquides 3

Technique opératoire 3

A. — Procédé classique 3

B. — Méthode de Volbrecht 3

II. — Tumeurs solides 4

Technique opératoire 4

II.—Raccourcissement extra-abdominal des ligaments ronds 5

Définition 5

Synonymie 5

Historique 5

Technique opératoire 5

A. — Manuel opératoire typique 5

B. — Procédés divers 7

I. — Premier Groupe : **Incisions bilatérales** 8

1° Procédé de Imlack 8

2° Procédé de Chalot 8

3° Procédé de Segond 8

4° Procédé de Doléris 8

5° Procédé de Carpenter 8

6° Procédé de Newmann 9

7° Procédé de Snyers 9

8° Procédé de Edebohls 9

9° Procédé de Kocher 11

10° Procédé de Gottal 11

II. — Deuxième Groupe : **Incision unique** 12

11° Procédé de Casati 12

12° Procédé de Duret 12

Suites 12

Accidents 12

Indications 13

II. — **Opérations par la voie intra-abdominale**..... 14
I. — **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments ronds par voie abdominale**..... 14
Définition..... 14
Synonymie..... 14
Historique..... 14
Technique opératoire..... 14
A. — Manuel opératoire..... 14
B. — Procédés divers..... 15
1° Procédé de Wylie..... 15
2° Procédé de Ruggi..... 16
3° Procédé de Bode..... 16
4° Procédé de Polk..... 17
5° Procédé de Dudley..... 17
6° Procédé de Marcel Baudouin..... 17
7° Procédé de Matthew D. Mann..... 17
8° Procédé de Jonnesco..... 18
Suites..... 18
Indications..... 18
II. — **Fixation abdominale des ligaments ronds**..... 19
Définition..... 19
Historique..... 19
Technique opératoire..... 19
A. — Manuel opératoire, d'après Ch. Beck..... 19
B. — Procédé indirect de Olshausen-Sænger..... 20
Suites..... 20
Indications..... 21
III. —**Opérations par la voie vaginale**..... 22
I. — **Raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale**..... 22
Définition..... 22
Historique..... 22
Technique opératoire..... 22
A. — Manuel opératoire typique..... 22
B. — Procédés divers..... 23
1° Procédé de E. Bode (1896)..... 23
2° Procédé de J. Godinho (1896)..... 23
Suites..... 23
Indications..... 24
II. — **Fixation vaginale des ligaments ronds**..... 25
Définition..... 25
Historique..... 25
Technique opératoire..... 25
Manuel opératoire, d'après Wertheim..... 25
Suites..... 26
Indications..... 26

CHAPITRE II. — **LIGAMENTS LARGES.**
I. — **Opérations par la voie intra-abdominale**..... 27
I. — **Ouverture et Drainage des ligaments larges par l'abdomen**..... 27
Définition..... 27

Historique..... 27
Technique opératoire..... 27
A. — Manuel opératoire classique..... 28
1° *L'abcès est proche de la paroi abdominale*..... 28
2° *L'abcès est éloigné de la paroi abdominale*..... 28
B. — Procédés divers..... 28
1° Procédé de Lawson Tait..... 28
2° Procédé de A. Martin..... 28
3° Procédé de Hégar..... 29
4° et 5° Procédés de Pozzi et de Bardenheuer..... 29
Suites..... 29
Indications..... 29
II. — **Décortication et extirpation des tumeurs du ligament large par voie intra-abdominale**..... 30
Définition..... 30
Synonymie..... 30
Historique..... 30
Technique opératoire..... 30
Manuel opératoire typique..... 31
1° *Kystes parovariens hyalins*..... 31
2° *Kystes de l'ovaire inclus en partie dans le ligament large*... 32
3° *Kystes papillaires du ligament large*..... 32
4° *Tumeurs solides du ligament large*..... 34
Suites..... 34
Indications..... 34
III. — **Raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges**..... 35
Définition..... 35
Synonymie..... 35
Historique..... 35
Technique opératoire..... 35
A. — Manuel opératoire de H. Delagénière..... 35
B. — Procédés divers..... 36
1° Procédé de Tait..... 37
2° Procédé de Imlack..... 37
3° Procédé de Duret et J. Cayre..... 37
Suites..... 37
Indications..... 37
IV. — **Fixation abdominale des ligaments larges**..... 38
Définition..... 38
Historique..... 38
Technique opératoire..... 38
A. — Manuel opératoire, d'après Winiwarter..... 38
B. — Procédés divers..... 38
1° Procédé de Byford..... 38
2° Procédé de Fraipont..... 39
Suites..... 39
Indications..... 39
V. — **Trachélopexie ligamentaire**..... 40
Définition..... 40
Synonymie..... 40

Historique 40
Technique opératoire 40
Manuel opératoire, d'après Jacobs 40
Suites 41
Indications 41
II. — Opérations par la voie vaginale 42
I. — Ouverture et drainage des ligaments larges par le vagin 42
Définition 42
Historique 42
Technique opératoire 42
Manuel opératoire 42
A. — Procédé classique 42
B. — Procédés divers 43
1° Procédé de Mundé 43
2° Procédé de Clinton-Cushing 43
3° Procédé de Laroyenne 43
Suites 44
Indications 44
II. — Enucléation et extirpation des tumeurs fibreuses du ligament large par le vagin 45
Définition 45
Historique 45
Technique opératoire 45
Manuel opératoire classique 45
Suites 46
Indications 46
III. — Raccourcissement des ligaments larges par le vagin 47
Définition 47
Synonymie 47
Historique 47
Technique opératoire 47
Manuel opératoire, d'après Kocks 48
Suites 49
Indications 49
III. — Opérations par la voie sacrée 50
Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie sacrée 50
Définition 50
Historique 50
Technique opératoire 50
Manuel opératoire 50
Suites 50
Indications 51
IV. — Opérations par la voie périnéale 52
Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie périnéale 52
Définition 52
Historique 52
Technique opératoire 52
A. — Manuel opératoire classique 52

B. — Procédés divers 52
1° Procédé de Hégar 52
2° Procédé de Sænger 52
3° Procédé de Otto Zuckerkandl 53
Suites 53
Indications 53
V. — Opérations par la voie rectale 54
Ouverture du ligament large par la voie rectale 54
Définition 54
Historique 54
Technique opératoire 54
Manuel opératoire 54
Suites 54
Indications 54

CHAPITRE III. — **LIGAMENTS UTÉRO-SACRÉS.**
I. — Opérations par la voie abdominale 55
Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale 55
Définition 55
Synonymie 55
Historique 55
Technique opératoire 55
Manuel opératoire 55
Suites 56
Indications 56
II. — Opérations par la voie vaginale 57
Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie vaginale 57
Définition 57
Historique 57
Synonymie 57
Technique opératoire 57
A. — Manuel opératoire typique 58
B. — Procédés divers 59
1° Procédé de Gottschalk 59
2° Procédé de Stratz 59
Suites 59
Indications 60

DEUXIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE.

CHAPITRE I. — **HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE.**
Définition 61
Synonymie 61
Historique 61
Technique opératoire 62

A. — Manuel opératoire typique..... 63
B. — Procédés divers..... 65
I. — **Hystéropexie intra-péritonéale proprement dite**..... 66
I. — **Procédés directs**..... 66
A. — *Procédés à sutures perdues*..... 66
1° Procédé de F. Terrier..... 66
2° Procédé de Czerny..... 67
3° Procédé de Laroyenne..... 67
4° Procédé de Pozzi..... 69
5° Procédé de Picqué..... 69
6° Procédé de Legueu..... 70
7° Procédé de Zinsmeister..... 70
8° Procédé de Faucon..... 71
9° Procédé nouveau de H. Kelly..... 71
B. — *Procédés à sutures temporaires*..... 72
A. — Procédé type de Léopold..... 73
B. — Procédés divers..... 73
1° Procédé de Boldt..... 73
2° Procédé de Gottschalk..... 73
3° Procédé de Hofmeier..... 73
4° Procédé de Doléris..... 73
II. — **Procédés indirects et semi-directs**..... 74
1° Procédé ancien de Kelly. — A. 1re *manière*. — B. 2me *manière*. 74
2° Procédé de Klotz..... 76
II. — **Hystéropexie extrapéritonéale**..... 77
Procédés extrapéritonéaux..... 77
A. Manuel opératoire typique..... 77
B. Procédés divers..... 78
1° Procédé de Caneva..... 78
2° Procédé de Vaton..... 78
3° Autres procédés..... 78
Suites..... 79
Indications..... 79

CHAPITRE II. — **RÉDUCTION DE L'UTÉRUS INVERSÉ PAR LA VOIE ABDOMINALE.**

Définition..... 81
Synonymie..... 81
Historique..... 81
Technique opératoire..... 81
A. — Manuel opératoire classique..... 81
B. — Procédé de Marcel Baudouin..... 81
Suites..... 82
Indications..... 82

CHAPITRE III. — **CUNÉOHYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE**

Définition..... 84
Historique..... 84
Technique opératoire..... 84
Instruments..... 84
A. — Manuel opératoire classique..... 84
1° Procédé de Thiriar..... 84

a) Procédé primitif.... 84
b) Variante du procédé primitif.... 85
B. — Procédé de Jonnesco.... 85
Suites.... 85
Indications.... 85

CHAPITRE IV. — **LIGATURES ATROPHIANTES DES VAISSEAUX TUBO-OVARIENS.**

Définition.... 86
Historique.... 86
Technique opératoire.... 86
A. — Manuel opératoire typique.... 86
B. — Procédés divers.... 87
1° Procédé de Hégar.... 87
2° Procédé de Pryor.... 87
Suites.... 87
Indications.... 87

CHAPITRE V. — **SUTURE UTÉRINE. — LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES PAR VOIE ABDOMINALE. — PLAIES DU CORPS DE L'UTÉRUS.**

Définitions.... 88
Technique opératoire.... 88
I. — Sutures utérines.... 88
A. *Plaies non communicantes*.... 88
B. *Plaies communicantes*.... 88
II. — Ligature des artères utérines.... 90
Suites.... 91
Indications.... 91

CHAPITRE VI. — **MYOMOTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE.**

Définition.... 92
Synonymie.... 92
Historique.... 92
Technique opératoire.... 92
Manuel opératoire.... 92
A. — *Fibrome saillant avec l'utérus dans la cavité péritonéale*.... 93
Procédé classique.... 93
B. — *Fibrome intra-ligamentaire ou sous-péritonéal*.... 94
A. — Procédé classique.... 94
B. — Procédés divers.... 95
1° Procédé de Freund.... 95
2° Procédé de Schroeder.... 96
3° Procédé de Kuster.... 96
4° Procédé de Jaboulay.... 96
5° Procédé de Témoin.... 97
Suites.... 97
Indications.... 98

CHAPITRE VII. — **MYOMECTOMIE INTRA-PÉRITONÉALE.**

Définition.... 99
Historique.... 99
Technique opératoire.... 99
Manuel opératoire.... 99

1° **Le pédicule est petit** 99
2° **Le pédicule est volumineux** 100
Suites 100
Indications 101

CHAPITRE VIII. — **HYSTÉRECTOMIE SUPRA-VAGINALE**.
Définition 102
Synonymie 102
Historique 102
Technique opératoire 103
Préparatifs 103
Instruments 103
Manuel opératoire 104
I. — **Méthode extra-péritonéale** 105
A. Procédé typique 105
B. Procédés divers a pédicule pariétal 109
1° Procédé de Hégar 109
2° Procédé de Bantock 110
3° Procédé de Laroyenne et Condamin 111
C. Procédé a pédicule vaginal 111
1° Procédé de Meynert 111
2° Procédé de Byford 111
Suites 111
Indications 112
II. — **Méthode intra-péritonéale** 113
A. Procédé typique 113
B. Procédés divers 115
A. — Premier groupe : **Pédicules courts** 116
1° Procédé de Ahlfeld 116
2° Procédé de Olshausen 116
Modifications 116
3° Procédé de Schwarz 116
4° Procédé de Dmitri de Ott 117
5° Procédé de Girard 117
6° Procédé de Kocher 117
B. — Deuxième groupe : **Pédicules longs** 118
1° Procédé de Schroeder 118
2° Procédé de A. Martin 118
3° Ancien procédé de Hofmeier 119
4° Procédé de Léopold 119
5° Procédé de Mayo Robson 119
6° Procédé de Témoin 119
1° *L'utérus est enlevé partiellement* 119
1° *L'utérus est conservé* 120
7° Procédé de Delbet 120
C. — Troisième groupe : **Pédicules rétro-péritonéaux. Méthode rétro-péritonéale** 121
1° Procédé de Zweifel 121
a) *Ancien mode* 121
b) *Nouveau mode* 121
2° Procédé de Lauwers 122

3° Procédés de Baer et de Talley 122
4° Procédé de Chrobak 123
5° Procédé de Léonte 123
6° Procédé de Richelot 123
7° Procédé de Baldwin 123
8° Procédé de Kelly 124
9° Procédé de Segond 126
10° Procédé de Terrier 126
11° Procédé de Ch. Noble 127
12° Procédé de Hofmeier 127
Suites 128
Indications 128
III. — **Méthode mixte** 129
A. Procédé typique 129
B. Procédés divers 130
1° Procédé de Wölfler 130
2° Procédé de Sænger 131
1° *Pédicule suturé* 131
2° *Pédicule embroché avec ligature élastique* 131
3° Procédé de Chaput 132
4° Procédé de Byron-Robinson 132
Suites 133
Indications 133

CHAPITRE IX. — **HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE.**
Définition 134
Synonymie 134
Historique 134
Technique opératoire 135
Instruments 138
Généralités sur notre méthode personnelle d'Hystérectomie abdominale totale 141
Manuel opératoire personnel 142
A. **Utérus de volume normal** 143
Tracé de la collerette 146
Dissection de la collerette 147
Ouverture et section du vagin 148
Suture du vagin 149
Suture péritonéale 149
Drainage 149
Fermeture de la paroi abdominale 150
B. **Utérus volumineux** 150
1° **Tumeur libre et pédiculée** 150
2° **La tumeur est enclavée dans le bassin** 153
3° **Tumeur incluse dans le ligament large** 154
Procédés divers 155
I. — Premier groupe : **Suture du Péritoine** 156
1° Procédé de Freund 156
Modification 156
2° Procédé de A. Reverdin 156
3° Procédé de Baldy 157

4° Procédé de A. Martin 158
5° Procédé de Chrobak 159
6° Procédé de Edebohls 160
7° Procédé de Le Bec 161
8° Procédé de Doyen 161
9° Procédé de Goullioud 164
10° Procédé de Richelot 166
11° Procédé de Hartmann 171
12° Procédé de Bardenheuer 172
13° Procédé de Landau 173
II. — Deuxième Groupe : **Péritoine non fermé** 173
1° Procédé de Polk 173
2° Procédé de Bowreman Jessett 174
3° Procédé de Guermonprez 174
4° Procédé de Lennander 175
5° Procédé de Largeau 175
6° Procédé de W. R. Pryor 175
7° Procédé de Péan-Delaunay 175
8° Procédé de Ricard 176
9° Procédé de Schwartz 176
10° Procédé de J. L. Faure 177
Suites 178
Accidents 178
1° *Au cours de l'opération* 178
2° *Après l'opération* 179
Indications 180
1° **Tumeurs fibreuses** 180
2° **Tumeurs malignes** 180
3° **Affections septiques de l'utérus et des annexes** 180

CHAPITRE X. — **HYSTÉRECTOMIE ABDOMINO-VAGINALE**
Définition 182
Historique 182
Technique opératoire 182
A. Manuel opératoire typique 182
B. Procédés divers 184
1° Procédé de Péan 184
a) *Temps abdominal* 184
b) *Temps vaginal* 184
2° Procédé de A. Martin 184
3° Procédé de Doyen 185
1° *Temps abdominal* 185
2° *Temps vaginal* 187
3° *Fin de l'opération* 187
4° Procédé de Lanphéar 189
5° Procédé de Le Bec 190
6° Procédé de Richelot 190
7° Procédé de C. B. Penrose 191
Suites 191
Indications 191

TROISIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ PAR LA VOIE VAGINALE.

CHAPITRE I. — **CATHÉTÉRISME DE L'UTÉRUS.**

Définition 193
Historique 193
Technique opératoire 193
Manuel opératoire 194
Suites 195
Indications 195

CHAPITRE II. — **EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS INTRA-UTÉRINS.**

Définition 196
Technique opératoire 196
Manuel opératoire 196
1° *Corps cavitaire, ancien ou récent, sans complication péritonéale.* 197
2° *Corps cavitaire ancien ou récent, avec complication péritonéale* 197
Suites 197
Indications 197

CHAPITRE III. — **PESSAIRES.**

Définition 198
Historique 198
Manuel opératoire 198
1° *Pessaire de Dumontpallier* 198
2° *Pessaire de Hodge* 199
3° *Autres pessaires* 200
Suites 201
Accidents et complications 201
Indications 202

CHAPITRE IV. — **REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS.**

Définition 203
Historique 203
Manuel opératoire 203
Suites 204
Indications 204

CHAPITRE V. — **HYSTÉROPEXIES VAGINALES.**

Définition 205
Historique 205
Technique opératoire 206
A. — Manuel opératoire typique 206
Procédés divers 208
I. — **Pexies vaginales** 209
1° Procédé d'Amussat 209
2° Procédé de Sims 209
3° Procédé de Skutsch 209

4° Procédé de Doléris 209
5° Procédé de Péan 209
II. — **Trachélopexies** 211
1° Procédé de Nicoletis 211
2° Procédé de Byford 212
3° Procédé de Freund 212
III. — **Hystéropexies vaginales, proprement dites** 213
Tableau des Hystéropexies vaginales proprement dites ... 213
I. **Le vagin ne sert pas à la fixation** 213
II. **Le vagin sert à la fixation** 213
A. Procédés directs 213
1° *Méthode de Schücking* 213
2° *Méthode de Mackenrodt* 213
3° *Méthode de Dührssen* 214
B. — Procédés indirects 214
1° Procédé de Swiccicki 214
2° Procédé de Candela 214
3° Procédé de Guenther 214
4° Procédé de Schucking 215
5° Procédé de Thiem 215
6° Procédé de Zweifel 215
7° Procédé de Törngren 216
8° Procédé de Braithwaite 217
9° Procédé de Mackenrodt 218
10° Procédé de Winter 219
11° Procédé de Steinbuchel 219
12° Procédé de Orthmann 219
13° Procédé de Pichevin et Le Dentu 220
14° Procédé de Knorre 220
15° Procédé de Duhrssen 220
16° Procédé de Sænger 223
17° Procédé de Jacobs 224
Suites 224
Indications 225

CHAPITRE VI. — **DILATATION DE L'UTÉRUS.**

Définition 226
Variétés 226
I. **Dilatation lente** 226
A. — Manuel opératoire classique 226
B. — Procédés divers 227
1° Procédé de Vulliet 227
2° Procédé de Landau 228
II. **Dilatation rapide ou immédiate** 228
Technique opératoire 229
Suites 230
Indications 230

CHAPITRE VII. — **LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES PAR VOIE VAGINALE. PLAIES DE L'UTÉRUS**

Définition 231
Manuel opératoire 231

CHAPITRE VIII. — **DISCISION DU COL DE L'UTÉRUS.**

Définition 232
Synonymie 232
Historique 232
Technique opératoire 232
A. Manuel opératoire typique 232
B. Procédés divers 234
1° Procédé de S. Pozzi 234
2° Procédé de Sims 234
3° Procédé de Hégar 234
4° Procédé de Gusserow 235
5° Procédé de Kehrer 235
6° Procédé de Nott 235
7° Procédé de Defontaine 235
Suites 236
Indications 237

CHAPITRE IX. — **STOMATOPLASTIE.**

Définition 238
Historique 238
Technique opératoire 238
A. Manuel opératoire type d'après Kuster 238
B. — Procédés divers 239
1° Procédé de Courty 239
2° Procédé de Dudley 240
3° Procédé de Nourse 241
4° Procédé de Pozzi 242
5° Procédé de Rossner 243
6° Procédé de A. Mars 243
7° Procédé de Reed 243
8° Procédé de Livet 244
Suites 244
Indications 244

CHAPITRE X. — **UTÉROPLASTIE.**

Définition 245
Historique 245
Technique opératoire 245
A. Manuel opératoire d'après Elischer 245
B. — Procédés divers 246
1° Procédé de von Rabenau 246
2° Procédé de Doyen 246
a) *Rétroflexion* 246
b) *Antéflexion* 247
Suites 247
Indications 247

CHAPITRE XI. — **SCARIFICATION DU COL DE L'UTÉRUS.**

Définition 248
Historique 248
Technique opératoire 248
Manuel opératoire 248

Suites 248
Indications 248

CHAPITRE XII. — **DRAINAGE DE L'UTÉRUS. — ÉCOUVILLONNAGE.**

Définition 249
Historique 249
Manuel opératoire 249
1° *Drainage capillaire ou tamponnement intra-utérin* 249
2° *Ecouvillonnage* 249
Suites 250
Indications 250

CHAPITRE XIII. — **CURETTAGE DE L'UTÉRUS.**

Définition 251
Synonymie 251
Historique 251
Technique opératoire 252
Instruments 253
A. Manuel opératoire 253
B. Procédés spéciaux 255
1° **Curettage destructeur** 255
2° **Curettage explorateur** 255
3° **Curettage évacuateur** 256
Suites 256
Indications 257

CHAPITRE XIV. — **VAPORISATION INTRA-UTÉRINE.**

Définition 258
Historique 258
Technique opératoire 258
Manuel opératoire 258
Suites 258
Indications 259

CHAPITRE XV. — **ABRASION DU COL UTÉRIN OU ÉVIDEMENT DE L'UTÉRUS CANCÉREUX.**

Définition 260
Historique 260
Technique opératuire 260
Manuel opératoire typique 260
1° *Le moignon est abaissable* 261
2° *Le moignon n'est pas abaissable* 261
Suites 261
Indications 262

CHAPITRE XVI. — **LIGATURES ATROPHIANTES PAR VOIE VAGINALE.**

Définition 263
Historique 263
Technique opératoire 263
A. Manuel opératoire classique 263
B. Procédés divers 264

1° Procédé de Gottschalk 264
2° Procédé de F. H. Martin 264
3° Procédé de A. H. Goelet 265
4° Procédé de Schwartz et Rochard 266
5° Procédé de Hartmann 266
Suites 266
Indications 266

CHAPITRE XVII. — **RESTAURATION DU COL DE L'UTÉRUS OU TRACHÉLORRHAPHIE.**

Définition 267
Synonymie 267
Historique 267
Technique opératoire 267
A. Manuel opératoire classique 267
B. Procédés divers 268
Procédé de Sænger et Fritsch 268
Suites 268
Indications 268

CHAPITRE XVIII. — **RÉSECTION DU COL DE L'UTÉRUS.**

Définition 269
Historique 269
Technique opératoire 269
Manuel opératoire classique 270
I. — *Opération de Schroeder ou Amputation du col à un lambeau (Excision de la muqueuse du col)* 270
A. Procédé type 270
B. Procédés divers 271
II. *Opération de Simon ou Amputation du col à deux lambeaux (Excision conique à lambeaux coniques)* 271
A. Procédé typique 271
B. Procédés divers 272
1° Procédé de Hégar 272
2° Procédé de Sims 273
Suites 273
Indications 273
Contre-indication 273
Choix du procédé 273

CHAPITRE XIX. — **AMPUTATION DU COL DE L'UTÉRUS.**

Définition 274
Synonymie 274
Historique 274
Technique opératoire 274
Instruments 274
A. Manuel opératoire typique 275
B. Procédés divers 276
1° Procédé de Hégar 276
2° Procédé de Kaltenbach 276
Suites 276
Indications 277

CHAPITRE XX. — **RÉDUCTION DE L'INVERSION UTÉRINE PAR LA VOIE VAGINALE.**

Définition ... 278
Historique ... 278
Technique opératoire ... 278
Manuel opératoire classique ... 278
1° **Méthode rapide** ... 278
A. Procédé classique ... 278
a) Inversion ancienne ... 278
b) Inversion récente ... 279
B. Procédés divers ... 279
1° Procédé de Emmet ... 279
2° Procédé de Nœggerath ... 279
3° Procédé de Sims ... 279
4° Procédé de Barnes ... 279
5° Procédé de Pate ... 280
6° Procédé de Courty ... 280
7° Procédé de O. Kustner ... 280
2° **Méthode lente** ... 280
A. Procédé classique ... 280
B. Procédés divers ... 280
1° Procédé de Taylor Smith ... 280
2° Procédé de Kroner ... 280
3° Procédé de Lawson-Tait ... 280
4° Procédé de Kocks ... 280
Suites ... 281
Indications ... 281

CHAPITRE XXI. — **EXTIRPATION PARTIELLE DE L'UTÉRUS INVERSÉ.**

Définition ... 282
Synonymie ... 282
Historique ... 282
Technique opératoire ... 282
Instruments ... 282
A. Manuel opératoire type ... 282
B. Procédés divers ... 283
1° Procédé de Spencer Wells ... 283
2° Procédé de Mac-Clintock et Duncan ... 283
3° Procédé de Périer ... 283
4° Procédé de Kaltenbach ... 284
Suites ... 284
Indications ... 284

CHAPITRE XXII. — **EXTIRPATION TOTALE DE L'UTÉRUS INVERSÉ.**

Définition ... 285
Synonymie ... 285
Historique ... 285
Technique opératoire ... 285
A. Manuel opératoire classique ... 285
B. Procédés divers ... 286

1° Procédé de Verchère 286
2° Procédé de Duret 286
Suites 287
Indications 287

CHAPITRE XXIII. — **DILACÉRATION ET CAUTÉRISATION DES CORPS FIBREUX.**

Définition 288
I. **Dilacération** 288
II. **Cautérisation** 288

CHAPITRE XXIV. — **EXTIRPATION DES CORPS FIBREUX PROÉMINANT DANS LE VAGIN OU POLYPES.**

Définition 289
Synonymie 289
Historique 289
Technique opératoire 289
Instruments 290
A. Manuel opératoire classique 290
1° *Le fibrôme est pédiculé* 290
2° *Le fibrôme est sessile sur le col* 290
3° *Le fibrôme est volumineux, occupe tout le vagin et empêche l'accès du col ou du pédicule* 290
B. Procédés divers 290
1° Procédé de Simon 290
2° Procédé de Hégar 291
Suites 291
Indications 291

CHAPITRE XXV. — **ENUCLÉATION TRANSCERVICALE DES CORPS FIBREUX SOUS-MUQUEUX.**

Définition 292
Historique 292
Technique opératoire 292
Instruments 292
A. Manuel opératoire classique 292
B. Procédés divers 294
1° Procédé de M. Duncan 294
2° Procédé de Vulliet 294
3° Procédé de H. Delagénière et de E. Schwartz 294
Suites 294
Indications 295

CHAPITRE XXVI. — **ENUCLÉATION TRANSVAGINALE.**

Définition 296
Historique 296
Technique opératoire 296
A. Manuel opératoire classique 296
B. Procédés divers 297
1° Procédé de Derweer 297
2° Procédé de Czerny 297
Suites 297
Indications 298

CHAPITRE XXVII. — **MYOMOTOMIE VAGINALE**

Définition 299
Synonymie 299
Historique 299
Technique opératoire 299
Instruments 299
Manuel opératoire 301
Suites 304
Indications 304

CHAPITRE XXVIII. — **HYSTÉRECTOMIE VAGINALE TOTALE**

Définition 305
Synonymie 305
Historique 305
Technique opératoire 306
Instruments 308
A. Manuel opératoire de H. Delagénière 310
I. — *Utérus petit et très abaissable* 311
II. — *Utérus atteint de cancer du col. Colpo-hystérectomie vaginale avec pinces* 315
III. — *Utérus peu abaissable, avec ou sans lésions des annexes. — Hystérectomie vaginale avec pinces et par section médiane antérieure* 317
a) L'utérus est enlevé seul 319
b) L'utérus est enlevé avec les annexes 319
IV. — *Utérus volumineux. — Hystérectomie vaginale par morcellement* 320
V. — *Utérus adhérent et non abaissable. — Hystérectomie vaginale par tranches successives* 321
B. Procédés divers 322
I. **Procédés classés d'après les modifications apportées aux différents temps** 323
A. Incision 323
B. Isolement du col 323
C. Extériorisation de l'utérus 323
D. Hémostase 324
II. **Procédés classés par auteurs** 324
A. Procédé dit classique 324
B. Procédés divers 328
1° Procédé de A. Martin 328
2° Procédé de Péan 329
a) L'utérus est petit 329
b) L'utérus est volumineux, atteint de fibrômes 330
3° Procédé de Segond 332
4° Procédé de Richelot 332
5° Procédé de Muller 333
6° Procédé de Doyen 333
7° Procédé de Quénu 341
8° Procédé de J.-L. Faure 343
9° Procédé de A. Helme 344
10° Procédé de Pichevin 344

11° Procédé de Mackenrodt 345
12° Nouveau Procédé de Doyen 345
13° Procédé de Tuffier 345
1° *L'utérus est facile à abaisser et extérioriser* 345
2° *L'utérus est difficile à isoler et extérioriser* 346
Suites 347
Accidents et complications 347
Indications 348

QUATRIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS A L'ÉTAT DE VACUITÉ PAR LES VOIES VAGINO-ABDOMINALE, PÉRINÉALE, VAGINO-PÉRINÉALE ET SACRÉE.

CHAPITRE I. — **HYSTÉRECTOMIE VAGINO-ABDOMINALE.**
Définition 349
Synonymie 349
Historique 349
Technique opératoire 349
A. Manuel opératoire 350
A. — *Temps vaginal* 350
B. — *Temps abdominal* 352
B. Procédés divers 354
1° Procédé de Bardenheuer 354
1° *Temps vaginal* 354
2° *Temps abdominal* 354
2° Procédé de Moulonguet 354
Temps vaginal 354
Temps abdominal 355
3° Procédé de Boldt 355
4° Procédé de Rouffart 355
5° Procédé de Jacobs 355
6° Procédé de Chaput 356
7° Procédé de Delaunay 356
8° Procédé de Routier 356
Suites 358
Indications 358

CHAPITRE II. — **MORCELLEMENT DES CORPS FIBREUX PAR VOIE PÉRINÉALE.**
Définition 359
Historique 359
Technique 359
A. Manuel opératoire typique 359
B. Procédés divers 360
Procédé de Péan 360
Suites 360
Indications 360

CHAPITRE III. —**HYSTÉRECTOMIE PÉRINÉALE ET VAGINO-PÉRINÉALE.**

Définition 361
Historique 361
Technique opératoire 361
Manuel opératoire 361
I. **Hystérectomie périnéale type** 361
A. Manuel opératoire typique 361
II. **Hystérectomie vagino-périnéale ou Opération de Schuchardt** 362
A. Manuel opératoire typique 362
B. Procédés divers 363
1° Procédé de Fronmull 363
Suites 364
Indications 364

CHAPITRE IV. — **HYSTÉRECTOMIE PAR LA VOIE SACRÉE.**

Définition 365
Historique 365
Technique opératoire 365
Instruments 366
Aides 366
A. Manuel opératoire typique 366
B. Procédés divers 369
I. **Résection osseuse définitive** 369
1° Procédé de Hochenegg 369
2° Procédé de Hersfeld 370
3° Procédé de Gersuny 370
4° Procédé de P. Muller 370
5° Procédé de Steinthal 371
6° Procédé de Schede 371
II. — **Résection osseuse temporaire** 371
1° Procédé de Hégar 371
2° Procédé de Kni 372
3° Procédé de Terrier 372
4° Procédé de Roux 373
5° Procédé proposé par Morestin 373
III. — **Opération para-sacrée sans résection osseuse** 374
1° Procédé de Zuckerkandl 374
2° Procédé de Wölfler 374
3° Procédé de Kufferath 374
Suites 375
Accidents pendant l'opération 375
Accidents post-opératoires 375
Indications 375

CHAPITRE V. — **TRACHÉLOPEXIE SACRÉE**

Définition 377
Synonymie 377
Historique 377
Technique opératoire 377

Manuel opératoire..... 377
Suites..... 378
Indications..... 378

CINQUIÈME PARTIE.

OPÉRATIONS SUR L'UTÉRUS GRAVIDE.

CHAPITRE I. — **RÉDUCTION DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI ET ENCLAVÉ APRÈS LAPAROTOMIE.**
Définition..... 381
Historique..... 381
Technique opératoire..... 381
A. Manuel opératoire type..... 381
B. Procédé de Jacobs..... 382
Suites..... 382
Indications..... 382

CHAPITRE II. — **OPÉRATION CÉSARIENNE.**
Historique..... 383
Définition..... 383
Synonymie..... 383
Historique..... 383
Technique opératoire..... 384
A. Manuel opératoire typique..... 384
Traitement de l'utérus..... 386
Suture de la plaie utérine..... 386
B. Procédés divers..... 387
1° Procédé de Sænger..... 387
2° Procédé de Léopold..... 387
3° Procédé de Fritsch..... 388
4° Procédé de Jay..... 388
5° Procédé de Cameron..... 388
6° Procédé de Merz..... 390
7° Procédé de Olshausen..... 390
8° Procédé de D. de Ott..... 390
Suites..... 390
Accidents..... 390
A. *Pendant l'opération*..... 391
B. *Après l'opération*..... 392
Indications..... 393

CHAPITRE III. — **OPÉRATION DE PORRO.**
Définition..... 395
Historique..... 395
Technique opératoire..... 395
A. Manuel opératoire classique..... 395
Incision de l'utérus..... 396
Extraction de l'enfant..... 396

Formation du pédicule 396
Fermeture du péritoine 397
Suture de la peau 397
B. Procédé de Heusner 397
Suites 398
Accidents 398
Indications 399

CHAPITRE IV. — **INCISION DU COL DE L'UTÉRUS GRAVIDE.**

Définition 400
Synonymie 400
Historique 400
Technique opératoire 400
A. Manuel opératoire classique 400
1° *Le col est effacé* 40c
2° *Le col persiste épais et charnu* 401
B. Procédés divers 401
1° Procédé de Fritsch 401
2° Procédé de Duhrssen 401
Suites 401
Indications 402

CHAPITRE V. — **RÉDUCTION VAGINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE RÉTROFLÉCHI ET ENCLAVÉ.**

Définition 403
Historique 403
Technique opératoire 403
Manuel opératoire 403
Suites 404
Indications 404

CHAPITRE VI. — **RÉDUCTION VAGINALE DE L'UTÉRUS GRAVIDE ANTÉVERSÉ ET ENCLAVÉ.**

Définition 405
Historique 405
Technique opératoire 405
Manuel opératoire 405
Suites 405
Indications 406

CHAPITRE VII. — **OPÉRATION CÉSARIENNE PAR VOIE VAGINALE.**

Définition 407
Synonymie 407
Historique 407
Technique opératoire 407
A. Manuel opératoire typique 407
Procédés divers 408
Procédé de Duhrssen 408
Suites 408
Indications 408

II. — TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

A

Abaissement et extériorisation de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures..... 345
Abcès (Ouverture des ligaments larges pour — éloigné de la paroi abdominale)..... 28
Abcès de la paroi, à la suite de l'hystéropexie abdominale..... 79
Abcès (Ouverture des ligaments larges pour — proche de la paroi abdominale)..... 28
Abdomen (Ouverture et drainage des ligaments larges par l')..... 27
Abdominale (Fixation — des ligaments larges)..... 38
Abdominale (Fixation — des ligaments ronds)..... 19
Abdominale (Hystéropexie — antérieure)..... 61
Abdominale (Opérations par la voie)..... 55
Abdominale (Opérations sur l'utérus à l'état de vacuité par la voie)..... 61
Abdominale (Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie)..... 55
Abdominale (Raccourcissement intra — des ligaments ronds par voie)... 14
Abdominale (Réduction de l'utérus inversé par la voie)..... 81
Ablation de l'utérus avec les annexes par hystérectomie vaginale..... 319
Abrasion du col..... 260
Amniotique (Écoulement de liquide — dans le péritoine pendant l'opération césarienne)..... 391
Amputation partielle de l'utérus inversé..... 282
Amputation supra-vaginale..... 102
Amputation sus-vaginale..... 274
Amputation totale de l'utérus inversé..... 285
Annexes (Ablation des — dans l'hystérectomie abdominale totale)..... 143
Annexes infères dans l'hystérectomie extra-péritonéale..... 105, 106
Annexes infères dans l'hystérectomie intra-péritonéale..... 113
Annexes supères dans l'hystérectomie extra-péritonéale..... 106
Annexes supères dans l'hystérectomie intra-péritonéale..... 114
Annexielles (Curettage au début des lésions)..... 257
Annexites doubles (Hystérectomie abdominale totale pour)..... 181
Annexites (Hystérectomie vaginale pour)..... 334
Antéfixation..... 61
Antéflexion de l'utérus (Cunéohystérectomie pour)..... 85
Antéflexion (Stomatoplastie pour)..... 241
Antéflexion (Utéroplastie pour)..... 247
Antéversé (Réduction vaginale de l'utérus gravide — et enclavé)..... 405
Antéversion (Pessaire pour)..... 200
Artères utérines (Ligature médiate des — dans l'hystérectomie rétro-péritonéale..... 127
Artères utérines (Ligature préalable des — dans la discision du col).... 233

Artères utérines (Ligatures des — par voie abdominale)..... 88
Artères utérines (Ligature des — par voie vaginale)..... 231
Atrésie du col (Cathétérisme pour)..... 195
Autoplastie par formation de commissures artificielles..... 239
Avortement par l'hystéromètre..... 195

B

Bassin (Proportion de l'ouverture du — dans l'hystérectomie sacrée).... 367

C

Cancer (Hystérectomie sacrée pour)..... 375
Cancer utérin (Curettage pour)..... 257
Cancer utérin (Évidement du)..... 260
Cancer du col (Amputation sus-vaginale pour)..... 277
Capitonnage de l'utérus..... 78
Castration abdominale totale..... 134
Castration tubo-ovarienne..... 305
Castration utérine..... 305
Castration vaginale totale..... 305
Cathétérisme de l'utérus..... 193
Cautérisations pour déplacement de l'utérus..... 205
Césariens..... 383
Col (Abrasion du)..... 260
Col (Amputation du)..... 274
Col (Amputation du — à un lambeau)..... 270
Col (Amputation du — à deux lambeaux)..... 271
Col (Amputation supra-vaginale du)..... 272
Col (Amputation sus-vaginale du — dans la trachélopexie)..... 211
Col (Arrachement possible du — après la réduction vaginale de l'utérus gravide antéversé et enclavé)..... 406
Col (Atrésie du — après trachélorrhaphie)..... 268
Col (Autoplastie du)..... 238
Col (Abrasion pour cancer du —)..... 262
Col (Débridement du)..... 400
Col (Discision du)..... 232
Col (Discision bilatérale des commissures du)..... 235
Col (Discision rayonnante du)..... 235
Col (Discision sagittale du)..... 234
Col (Effacement du — de l'utérus gravide)..... 400
Col (Évidement commissural du)..... 242
Col (Excision de la muqueuse du)..... 270
Col (Extériorisation du — dans l'hystérectomie vaginale totale)..... 324
Col (Hystérectomie vaginale pour cancer du)..... 315, 348
Col (Incision du — de l'utérus gravide)..... 400
Col (Isolement du — dans l'hystérectomie vaginale totale)..... 323
Col (Persistance du — épais et charnu de l'utérus gravide)..... 401
Col (Plaies du)..... 231
Col (Résection du)..... 269
Col (Résection du — pour hypertrophie)..... 273

Col (Restauration du)..... 267
Col (Rétrofixation du)..... 223
Col (Scarification du)..... 248
Col (Soudure du — à la paroi-vaginale postérieure)..... 212
Col (Stomatoplastie pour sténoses du —)..... 244
Col (Trachélorrhaphie pour déchirure du —)..... 267
Collerette (Dissection de la — dans l'hystérectomie abdominale totale).... 147
Collerette (Méthode de la — dans la myomectomie intra-péritonéale).... 100
Collerette (Tracé de la — dans l'hystérectomie abdominale totale)..... 146
Colopexie ligamentaire..... 40
Colpo-hystérectomie..... 305
Colpo-hystérectomie vaginale avec pinces..... 315
Colporrhaphie dans l'hystérectomie vaginale..... 219
Compression avec les mains dans l'opération césarienne..... 390
Compression (Légère — des seins après l'opération césarienne)..... 390
Corps cavitaires avec complication péritonéale (Extraction de)..... 197
Corps cavitaires sans complication péritonéale (Extraction de)..... 197
Corps étrangers intra-utérins (Extraction des)..... 196
Corps de l'utérus (Hystérectomie vaginale pour cancers du)..... 348
Cunéohystérectomie abdominale..... 84
Curage..... 251
Curettage de l'utérus..... 251
Curettage destructeur..... 255
Curettage évacuateur..... 256
Curettage explorateur..... 255
Curettement..... 251
Curettes..... 251, 252

D

Débridement du col..... 400
Décortication et Extirpation des tumeurs du ligament large par voie intra-abdominale..... 30
Dilatateur de Gaillard Thomas..... 81
Dilatation de l'utérus..... 67
Dilatation lente de l'utérus..... 226
Dilatation rapide de l'utérus..... 227
Dilatation sanglante..... 232
Dilatation de l'utérus (Instruments dilatateurs)..... 228
Dilatation de l'utérus (Instruments divulseurs)..... 228
Discision du col..... 232
Drainage de l'utérus..... 249
Drainage capillaire..... 249
Drainage dans l'hystérectomie abdominale totale..... 149
Drainage (Ouverture et — des ligaments larges par l'abdomen)..... 27
Drainage (Ouverture et — des ligaments par la voie périnéale)..... 52
Drainage (Ouverture et — des ligaments larges par la voie sacrée)..... 50
Drainage (Ouverture et — des ligaments larges par le vagin)..... 42
Dysménorrhée (Discision du col pour)..... 237
Dysuries à la suite de l'hystéropexie abdominale..... 79

E

Écouvillonnage 249
Embolie pulmonaire dans l'hystérectomie abdominale totale 180
Enclavé (Réduction vaginale de l'utérus gravide antéversé et) 405
Enclavé (Réduction vaginale de l'utérus gravide rétrofléchi et) 403
Endométrite (Curettage pour) 257
Énucléation et extirpation des tumeurs fibreuses du ligament large par le vagin 45
Énucléation intra-ligamentaire 30
Énucléation intra-péritonéale 92
Énucléation par morcellement 299
Énucléation sous-péritonéale 30
Énucléation transcervicale des corps fibreux sous-muqueux 292
Énucléation transvaginale 296
Épiploon (Isolement de l'— dans l'hystérectomie abdominale totale) 143
Épithélioma de l'utérus dans l'hystérectomie vagino-abdominale 350
Éponges dans la dilatation de l'utérus 226
Escharres sacrées après l'hystérectomie vaginale totale 348
Étançonnage utérin 76
Extirpation (Décortication et — des tumeurs du ligament large par voie intra-abdominale) 30
Extirpation (Énucléation et — des tumeurs fibreuses du ligament large par le vagin) 45
Extirpation partielle de l'utérus inversé 282
Extirpation totale de l'utérus inversé 285
Extra-abdominal (Raccourcissement — des ligaments ronds) 5
Extra-abdominale (Opérations par la voie) 3
Extra-péritonéale (Hystérectomie) 113
Extraction des corps fibreux par traction 299
Extraction de l'enfant dans l'Opération de Porro 396

F

Fausse-couche avec rétention de l'œuf (Discision du col pour) 237
Fibrôme saillant avec l'utérus dans la cavité péritonéale 93
Fibrôme intra-ligamentaire ou sous-péritonéal 94
Fibrôme (Incision intra-utérine de la capsule du — dans l'énucléation transcervicale) 294
Fibrômes (Cautérisation des) 288
Fibrômes (Dilacération des) 288
Fibrômes (Énucléation transvaginale des) 296
Fibrômes (Hystérectomie pour) 339
Fibrômes (Hystérectomie sacrée pour) 375
Fibrômes interstitiels du corps (Ligatures atrophiantes par voie vaginale pour) 266
Fibrômes (Morcellement des — par voie périnéale) 359
Fibrômes sous-muqueux (Énucléation transcervicale des) 292
Fibrômes vaginaux (Extirpation des) 289
Fibrômes vaginaux (Morcellement des) 290

Fixation abdominale des ligaments larges..... 38
Fixation abdominale des ligaments ronds..... 19
Fixation bilatérale dans l'hystéropexie abdominale..... 74
Fixation du fond de l'utérus réduit à la paroi abdominale..... 82
Fixation normale..... 14
Fixation par les ligaments tubo-ovariens dans l'hystérectomie abdominale. 74
Fixation unilatérale dans l'hystéropexie abdominale..... 74
Fixation vaginale des ligaments ronds..... 25
Flexions de l'utérus (Utéroplastie pour)..... 245
Flexions utérines d'origine congénitale (Redressement de l'utérus pour) 204

G

Gastrohystéropexie..... 61
Gastrohystérosynaphie..... 61
Gouttière (Amputation du col en)..... 271
Grattage dans l'hystéropexie abdominale..... 73
Gravide (Incision du col de l'utérus)..... 400
Gravide (Opérations sur l'utérus)..... 381
Gravide (Réduction de l'utérus — rétrofléchi et enclavé après laparotomie) 381
Gravide (Réduction vaginale de l'utérus — antéversé et enclavé)..... 405
Gravide (Réduction vaginale de l'utérus — rétrofléchi et enclavé)..... 403

H

Hémorrhagie après l'opération césarienne..... 392
Hémorrhagie pendant l'opération césarienne..... 391
Hémostase à ciel ouvert dans l'hystérectomie abdominale totale..... 163
Hémostase dans l'hystérectomie vaginale totale..... 324
Hydrocèle de la femme (Traitement de l')..... 3
Hypertrophie du col (Amputation sus-vaginale pour)..... 277
Hystérectomie..... 102
Hystérectomie abdominale totale..... 134
Hystérectomie abdominale totale (Instruments pour)..... 138
Hystérectomie abdomino-vaginale..... 182
Hystérectomie extra-péritonéale..... 105
Hystérectomie intra-péritonéale..... 113
Hystérectomie médiane antérieure dans l'énucléation transcervicale des fibrômes..... 381, 294
Hystérectomie par incision continue de droite à gauche et de gauche à droite..... 124
Hystérectomie partielle..... 102, 282
Hystérectomie périnéale..... 361
Hystérectomie pour fibrômes..... 166, 339
Hystérectomie pour suppurations pelviennes..... 168
Hystérectomie rétro-péritonéale..... 113, 121
Hystérectomie sacrée..... 365
Hystérectomie supra-vaginale..... 102
Hystérectomie supra-vaginale mixte..... 129
Hystérectomie vaginale totale..... 305
Hystérectomie vaginale avec pinces et par section médiane antérieure... 317

Hystérectomie vaginale par morcellement..... 320
Hystérectomie vaginale par tranches successives..... 321
Hystérectomie vaginale pour annexites..... 334
Hystérectomie vaginale pour inversion utérine..... 285
Hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires..... 333
Hystérectomie vaginale pour prolapsus..... 311
Hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures..... 345
Hystérectomie vagino-abdominale..... 349
Hystérectomie vagino-périnéale..... 361, 362
Hystérogastrorrhaphie vaginale..... 214
Hystéromètres..... 193, 194
Hystéromètre cannelé de Törngren pour l'hystéropexie vaginale..... 216
Hystéropexie abdominale antérieure..... 61, 66
Hystéropexie abdominale indirecte..... 19
Hystéropexie extra-péritonéale..... 77
Hystéropexie intra-péritonéale..... 56
Hystéropexie ligamentaire..... 5
Hystéropexies vaginales..... 205
Hystéropexies vaginales proprement dites..... 213
Hystérorrhaphie..... 61
Hystéro-stomatotomie..... 232
Hystérotomie abdominale..... 381
Hystérotomie sphinctérienne..... 235

I

Incisions bilatérales sur le col..... 8
Incision (L' — dans l'Opération césarienne)..... 384
Incision de l'utérus dans l'Opération de Porro..... 396
Incision du cul-de-sac postérieur du vagin dans l'hystérectomie vaginale totale..... 333
Incision en ⊥ (T renversé) dans l'hystéropexie vaginale..... 220
Incisions libératrices transversales de Segond dans l'hystérectomie vaginale totale..... 332
Infection péritonéale après l'Opération césarienne..... 393
Intestin (Blessure du gros — dans l'hystérectomie sacrée)..... 375
Intestin grêle (Blessure d'une anse d' — dans l'hystérectomie sacrée).. 375
Intra-abdominal (Raccourcissement — des ligaments larges)..... 35
Intra-abdominal (Raccourcissement — des ligaments ronds par voie abdominale)..... 14
Intra-abdominale (Opérations par la voie)..... 14 27
Intra-abdominale (Décortication et extirpation des tumeurs du ligament large par voie)..... 30
Intra-ligamentaire (Énucléation)..... 30
Intra-péritonéale (Hystérectomie)..... 113
Inversion (Hystéropexie abdominale pour)..... 79
Inversion utérine (Réduction de l'— par voie vaginale)..... 278
Inversion utérine ancienne (Réduction de l' — par voie vaginale)..... 278
Inversion utérine récente (Réduction de l' — par voie vaginale)..... 279
Isolement et extériorisation difficiles de l'utérus dans l'hystérectomie vaginale sans pinces ni ligatures..... 346

K

Kystes de l'ovaire inclus en partie dans le ligament large..... 32
Kystes papillaires du ligament large..... 32
Kystes parovariens hyalins..... 31

L

Laminaires dans la dilatation de l'utérus..... 226
Laparo-hystérorrhaphie..... 61
Laparo-myomectomie..... 99
Ligament (Décortication et extirpation des tumeurs du — large par voie intra-abdominale)..... 30
Ligament (Énucléation et extirpation des tumeurs fibreuses du — large par le vagin..... 45
Ligaments (Les opérations sur les — de l'utérus)..... 1
Ligaments larges..... 27
Ligament (Ouverture du — large par la voie rectale)..... 54
Ligaments (Fixation abdominale des — larges)..... 38
Ligaments (Ouverture et drainage des — larges par l'abdomen)..... 27
Ligaments (Ouverture et drainage des — larges par la voie périnéale).. 52
Ligaments (Ouverture et drainage des — larges par la voie sacrée).... 50
Ligaments (Ouverture et drainage des — larges par le vagin)..... 42
Ligaments (Raccourcissement intra-abdominal des — larges)..... 35
Ligaments (Raccourcissement des — larges par le vagin)..... 47
Ligaments larges (Plicature des — dans la cunéo-hystérectomie abdominale)..... 85
Ligaments larges (Ligature vaginale des)..... 265
Ligaments ronds..... 3
Ligaments (Fixation abdominale des — ronds)..... 19
Ligaments ronds (Fixation intra-abdominale des — dans l'hystéropexie abdominale..... 74
Ligaments (Fixation vaginale des — ronds)..... 25
Ligaments (Opérations pour tumeurs des — ronds)..... 3
Ligaments (Raccourcissement extra-abdominal des — ronds)..... 5
Ligaments (Raccourcissement intra-abdominal des — ronds par voie abdominale)..... 14
Ligaments (Raccourcissement des — ronds par voie vaginale)..... 22
Ligaments ronds (Raccourcissement intra-abdominal des — dans la cunéohystérectomie abdominale)..... 85
Ligaments tubo-ovariens (Fixation des — dans l'hystéropexie abdominale)..... 74
Ligaments utéro-sacrés..... 55
Ligaments (Raccourcissement des — utéro-sacrés par voie abdominale). 55
Ligaments (Raccourcissement des — utéro-sacrés par la voie vaginale). 57
Ligature des artères utérines par voie abdominale..... 88, 90
Ligature à traction élastique..... 283
Ligature des deux iliaques internes..... 86, 87
Ligature progressive du ligament large dans l'hystérectomie abdominale totale..... 159
Ligatures atrophiantes des vaisseaux tubo-ovariens..... 86
Ligatures atrophiantes par voie vaginale..... 263

M

Métrite (Hystérectomie vaginale pour)..... 348
Métrite aiguë (Scarification du col pour)..... 248
Métrite catarrhale (Écouvillonnage pour)..... 250
Métrite chronique avec annexites (Hystérectomie vaginale pour)..... 317
Métrite chronique (Trachélorrhaphie pour)..... 268
Métrite du col (Vaporisation intra-utérine dans la)..... 259
Métrite parenchymateuse (Ligatures atrophiantes par voie vaginale pour)..... 266
Métrite parenchymateuse (Résection du col pour)..... 273
Métrorrhagies (Vaporisation intra-utérine dans les)..... 259
Moignon (Traitement du — dans l'abrasion du col)..... 261
Morcellement des fibrômes par voie périnéale..... 359
Morcellement de l'utérus par segmentation transversale de l'organe et des ligaments larges..... 344
Museau de tanche (Dilatation permanente du — par stomatoplastie)... 238
Muqueuse utérine (Destruction de la — par vaporisation intra-utérine). 259
Myomectomie intra-péritonéale..... 99
Myômes interstitiels (Discision du col pour)..... 237
Myomotomie intra-péritonéale..... 92
Myomotomie vaginale..... 299

N

Néoplasmes de l'utérus (Cathétérisme pour)..... 195
Nœud à boucle passée dans l'hystérectomie vaginale..... 313

O

Occlusion intestinale dans l'hystérectomie vaginale totale. 348
Oophorraphie..... 35
Opération de Bardenheuer..... 349
Opération césarienne type..... 383
Opération césarienne par voie vaginale..... 407
Opération de Dührssen..... 407
Opération d'Emmet..... 267
Opération de Freund..... 134
Opération de Frommel..... 55
Opération de Gaillard Thomas..... 81
Opération de Gottschalk 57
Opération d'Hochenegg..... 377
Opération de Jacobs..... 40
Opération de Kocks..... 47
Opération de Markwald..... 271
Opération de Péan..... 299, 305
Opération de Porro..... 395
Opération de Schröder..... 271, 274
Opération de Schuchardt..... 362
Opération de Simon..... 271
Opération de Tait-Imlack..... 35

Opération para-sacrée sans résection osseuse..... 374
Opérations sur l'utérus à l'état de vacuité par les voies vagino-abdominale, périnéale, vagino-périnéale et sacrée..... 349
Opérations sur l'utérus gravide..... 380
Ouverture et drainage des ligaments larges par l'abdomen..... 27
Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie périnéale..... 52
Ouverture du ligament large par la voie rectale..... 54
Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie sacrée..... 50
Ouverture et drainage des ligaments larges par le vagin..... 42

P

Paroi abdominale (Fermeture de la — dans l'hystérectomie abdominale totale)..... 149
Pédicule court (Ligature du — dans l'hystérectomie intra-péritonéale). 116
Pédicule embroché avec ligature élastique..... 131
Pédicule (Formation du — dans l'Opération de Porro)..... 396
Pédicule (Fixation du — à la paroi dans l'hystérectomie supra-vaginale). 102
Pédicule (Formation du — dans l'Opération de Porro)..... 396
Pédicule (Gangrène du — après hystérectomie)..... 133
Pédicule long (Ligature du — dans l'hystérectomie intra-péritonéale)... 118
Pédicule pariétal (Procédés à — dans l'hystérectomie extra-péritonéale). 109
Pédicules rétro-péritonéaux (Traitement des — dans l'hystérectomie rétro-péritonéale)..... 121
Pédicule saignant (Hystérectomie supra-vaginale mixte pour)..... 133
Pédicule suturé dans l'hystérectomie supra-vaginale mixte..... 131
Pédicule (Traitement du — dans la myomectomie intra-péritonéale).... 99
Pédicule vaginal (Procédés à — dans l'hystérectomie extra-péritonéale). 111
Perforation de l'utérus par curettage..... 256
Perforation de l'utérus par l'hystéromètre..... 195
Périnéale (Morcellement des fibrômes par voie)..... 359
Périnéale (Opérations par la voie)..... 52
Périnéale (Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie)..... 52
Péritoine (Écoulement de sang dans le — après myomectomie)..... 101
Péritoine (Fermeture du — dans l'Opération de Porro)..... 397
Péritoine non fermé dans l'hystérectomie abdominale totale..... 173
Péritoine (Ouverture du — après morcellement des fibrômes par voie périnéale)..... 361
Péritoine (Ouverture du — après la myomotomie vaginale)..... 304
Péritoine (Traitement du — dans l'hystérectomie abdominale totale). 155
Péritonite septique après extirpation partielle de l'utérus inversé..... 284
Péritonite et occlusion intestinale après l'hystérectomie vaginale totale. 348
Pessaires..... 198
Pessaires (Emploi des)..... 202
Pessaires (Inconvénients des)..... 201
Pexies vaginales..... 209
Phlegmon chronique des ligaments larges (Hystérectomie abdominale totale pour)..... 181
Pince hystéromètre..... 219
Plaies communicantes (Suture utérine pour)..... 88

Plaies non communicantes (Suture utérine des)..... 88
Poche (Extirpation de la — dans le traitement de l'hydrocèle de la femme)..... 3
Polypes du vagin (Extirpation des)..... 289
Ponction (La — suivie d'injections modificatrices dans le traitement de l'hydrocèle de la femme)..... 3
Porte-aiguille de Schücking pour hystéropexie vaginale..... 215
Pression progressive des ligaments larges dans l'hystérectomie vaginale. 345
Prolapsus des ovaires (Hystéropexie abdominale pour)..... 79
Prolapsus (Pessaire pour)..... 200

R

Raccourcissement des ligaments larges par le vagin..... 47
Raccourcissement des ligaments ronds par voie vaginale..... 22
Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie abdominale..... 55
Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par voie vaginale..... 57
Rectale (Opérations par la voie)..... 54
Rectale (Ouverture du ligament large par la voie)..... 54
Redressement de l'utérus..... 203
Redressement de l'utérus par dilatation..... 203
Redressement de l'utérus par pessaires intra-utérins..... 203
Réduction de l'utérus gravide rétrofléchi et enclavé après laparotomie.. 381
Réduction de l'utérus inversé (Hystéropexie abdominale pour maintien de la)..... 80
Réduction de l'utérus inversé par la voie abdominale..... 81
Résection osseuse définitive dans l'hystérectomie sacrée..... 369
Résection osseuse temporaire dans l'hystérectomie sacrée..... 371
Rétrodéviation (Pessaire pour)..... 199
Rétrodéviations (Trachélopexie sacrée pour)..... 379
Rétrofixation du col..... 223
Rétrofléchi (Réduction vaginale de l'utérus gravide — et enclavé)..... 403
Rétroflexion adhérente (Trachélopexie sacrée pour)..... 378
Rétroflexion (Cunéohystérectomie pour)..... 85
Rétroflexion (Utéroplastie pour)..... 246
Rétroversion (Reproduction de la — après la réduction vaginale de l'utérus gravide rétrofléchi et enclavé)..... 404
Ronds (Opérations pour tumeurs des ligaments)..... 3
Rupture de l'œuf après la réduction vaginale de l'utérus gravide antéversé et enclavé..... 406

S

Sacrée (Hystérectomie par la voie)..... 365
Sacrée (Opérations par la voie)..... 50
Sacrée (Ouverture et drainage des ligaments larges par la voie)..... 50
Seins (Légère compression des — après l'opération césarienne)..... 390
Septicémie péritonéale, suite d'Hystérectomie abdominale totale)..... 141
Septiques (Hystérectomie abdominale totale pour affections de — l'utérus). 181
Sonde en T de Eastmann..... 160
Sous-péritonéale (Énucléation)..... 30

Stérilité après trachélorrhaphie..... 268
Stérilité (Discision du col pour)..... 237
Stomatoplastie..... 238
Suppurations (Hystérectomie vaginale totale pour vieilles — pelviennes). 321
Suture continue en surjet à étages..... 69
Suture de la peau dans l'Opération de Porro..... 397
Suture de la plaie utérine dans l'Opération césarienne..... 386
Suture en bouton dans la stomatoplastie..... 239
Suture en surjet dans la myomectomie intra-péritonéale..... 101
Suture osseuse dans l'hystérectomie sacrée..... 373
Suture utérine..... 88
Sutures perdues dans l'hystéropexie abdominale..... 66
Sutures perdues dans l'hystéropexie vaginale..... 224
Suture péritonéale dans l'hystérectomie abdominale totale..... 149, 155
Sutures temporaires dans l'hystéropexie abdominale..... 72
Sutures verticales dans l'hystéropexie abdominale..... 70
Symphyse utéro-pariétale..... 61
Symphyséotomistes..... 383

T

Table à plan incliné de H. Delagénière..... 136
Tamponnement intra-utérin..... 249
Thrombus du vagin, après énucléation transvaginale des fibrômes..... 298
Trachélopexie ligamentaire..... 40
Trachélopexie postérieure..... 223
Trachélopexie sacrée..... 377
Trachélopexies..... 211
Trachélorrhaphie..... 267
Trachélotomie..... 232
Tumeur bénigne (Extirpation partielle de l'utérus inversé pour)..... 284
Tumeurs (Décortication et Extirpation des — du ligament large par voie intra-abdominale)..... 30
Tumeur enclavée dans le bassin, dans l'hystérectomie abdominale totale. 153
Tumeurs (Énucléation et extirpation des — fibreuses du ligament large par le vagin)..... 45
Tumeurs fibreuses (Hystérectomie abdominale pour)..... 180
Tumeur incluse dans le ligament large, dans l'hystérectomie abdominale totale..... 154
Tumeur libre et pédiculée, dans l'hystérectomie abdominale totale..... 151
Tumeurs liquides du ligament rond..... 3
Tumeurs malignes (Hystérectomie abdominale totale pour)..... 180
Tumeurs (Opérations pour — des ligaments ronds)..... 3
Tumeurs solides du ligament large..... 34
Tumeurs solides du ligament rond..... 4

U

Urémie dans l'hystérectomie abdominale totale..... 180
Uretères (Ligature des) après l'abrasion du col..... 261
Utéro-inguinorrhaphie..... 5

Utéroplastie..... 245
Utérorrhaphie..... 61
Utéro-sacrés (Ligaments)..... 55
Utéro-sacrés (Raccourcissement des ligaments — par voie abdominale).. 55
Utéro-sacrés (Raccourcissement des ligaments — par la voie vaginale)... 57
Utérus (Ablation partielle de l' — dans l'hystérectomie intra-péritonéale). 119
Utérus adhérent et non abaissable, dans l'hystérectomie vaginale totale. 321
Utérus (Extériorisation de l'— dans l'hystérectomie vaginale totale).... 323
Utérus (Opérations sur l'— à l'état de vacuité par la voie abdominale)... 61
Utérus (Petitesse de l'— dans l'hystérectomie vaginale totale)..... 329
Utérus petit et très abaissable (Hystérectomie vaginale totale pour)..... 311
Utérus peu abaissable avec ou sans lésions des annexes (Hystérectomie vaginale pour)..... 317
Utérus (Volume normal de l'— dans l'hystérectomie abdominale totale). 143
Utérus volumineux dans l'hystérectomie abdominale totale..... 150
Utérus volumineux et atteint de fibrômes dans l'hystérectomie vaginale totale..... 330
Utérus volumineux (Hystérectomie vaginale totale pour)..... 320

V

Vacuité (Opérations sur l'utérus à l'état de — par les voies vagino-abdominale, périnéale, vagino-périnéale et sacrée)..... 349
Vagin (Énucléation et extirpation des tumeurs fibreuses du ligament large par le) 45
Vagin (Fixation indirecte du — à l'utérus dans l'hystéropexie vaginale).. 213
Vagin (Fixation directe du — à l'utérus dans l'hystéropexie vaginale)... 213
Vagin (Incision du — dans l'hystérectomie vaginale totale)..... 323
Vagin (Incision transversale du — dans l'hystéropexie vaginale)..... 215
Vagin (Ouverture et drainage des ligaments larges par le) 42
Vagin (Ouverture et section du — dans l'hystérectomie abdominale totale)..... 149
Vagin (Raccourcissement des ligaments larges par le)..... 47
Vagin (Rétrécissement latéral du — dans la vaginopexie de Péan)..... 209
Vagin (Suture du — dans l'hystérectomie abdominale totale)..... 149
Vagin (Suture latérale du — dans la trachélopexie)..... 211
Vagin (Suture médiane du — dans la trachélopexie)..... 211
Vaginale (Hystérectomie — pour annexites)..... 334
Vaginale (Ligatures atrophiantes par voie)..... 263
Vaginale (Ligatures des artères utérines par voie)..... 231
Vaginale (Opération césarienne par voie) 407
Vaginale (Opérations par la voie) 22, 42, 57
Vaginale (Raccourcissement des ligaments ronds par voie) 22
Vaginale (Raccourcissement des ligaments utéro-sacrés par la voie)... 57
Vaginale (Réduction de l'utérus par la voie)..... 278
Vagino-abdominale (Hystérectomie)..... 349
Vagino-fixation dans l'hystéropexie vaginale..... 219
Vagino-fixation indirecte..... 25
Vagino-myomectomie..... 99
Vagino-pexies en général..... 209
Vagino-pexies par bride fibreuse ou cicatricielle..... 209

Vagino-pexies par colporrhaphie précervicale ou rétrocervicale..... 209
Vagino-pexies par incisions..... 209
Vagino-pexies par pli transversal..... 209
Vaporisation intra-utérine..... 258
Ventro-fixation en général..... 61
Ventro-fixation vaginale de l'utérus..... 214
Voie vaginale (Opérations sur l'utérus à l'état de vacuité par)..... 193

III. — TABLE DES AUTEURS

A

Adams ..... p. 5
Ahlfeld ..... p. 116, 249
Alexander, p. 5, 7, 13, 14, 18, 24, 60, 79, 225
Alquié ..... p. 5
Paré (Ambroise) ..... p. 305, 383
Amussat ..... p. 209, 292, 403
Antal (von) ..... p. 86
Arles ..... p. 282
Assaky ..... p. 78
Atlee ..... p. 102, 292

B

Baer ..... p. 122
Baker ..... p. 274
Baker Brown ..... p. 288
Baldwin ..... p. 123
Baldy ..... p. 135, 157, 285, 286
Bantock. p. 102, 110, 312, 324, 349, 355
Bardenheuer. p. 29, 156, 172, 349, 354
Barnes ..... p. 279
Baudelocque ..... p. 403
Baumgartner ..... p. 263
Bassini ..... p. 9
Baudouin (Marcel) .... p. 14, 15, 16, 17, 35, 56, 61, 79, 82, 381, 382
Beck (Charles) ..... p. 19, 20, 21
Billroth ..... p. 129, 305
Blundell ..... p. 305, 332
Bode (E.) .... p. 14, 16, 17, 22, 23
Boeckel ..... p. 296, 305
Boldt ..... p. 73, 349, 355
Borgnet ..... p. 200
Bossi ..... p. 205
Bouilly ..... p. 271
Bovis ..... p. 196
Bowreman Jessett ..... p. 174
Braithwaite ..... p. 213, 217
Braun (Ch.) ..... p. 269, 292
Breisky ..... p. 282
Breslau ..... p. 200, 202
Brown ..... p. 135, 368, 369
Bryant ..... p. 109
Bryne ..... p. 274
Burnham ..... p. 134
Byford .... p. 38, 54, 111, 211, 212
Byron-Robinson ..... p. 132

C

Cameron ..... p. 388, 389
Campbell ..... p. 403
Candela ..... p. 213, 214
Caneva ..... p. 78
Carpenter ..... p. 8
Casati ..... p. 12
Cayre (J.) ..... p. 37
Cazin ..... p. 383
Chalot ..... p. 8
Chaput ..... p. 129, 132, 349, 356
Chrobak ..... p. 111, 115, 123, 135, 159, 191
Cittadini ..... p. 5
Clay ..... p. 30, 102
Clément ..... p. 305
Clintock (M.) ..... p. 283
Collin ..... p. 150, 207, 228
Cooper ..... p. 263, 265
Courty .. p. 200, 205, 238, 239, 243, 280, 282
Crespi ..... p. 78
Cusco ..... p. 193, 194
Cushing ..... p. 43
Czerny. p. 67, 70, 296, 297, 299, 305, 324, 359, 375

D

Defontaine..... p. 235, 236, 237
Delagénière (H.).... p. 30, 35, 36, 62, 100, 131, 142, 135, 151, 196, 294, 309, 310, 313, 314, 348, 350, 351, 352, 353, 381, 402
Delaunay..... p. 356
Delbet..... p. 120
Deletrez..... p. 116
Delpech..... p. 134
Demarquay..... p. 292
Demons..... p. 305
Deneffe..... p. 5
Derweer..... p. 296, 297
Deschamps..... p. 19, 25, 31, 59
Desormeaux..... p. 403
Doléris.... p. 8, 73, 205, 209, 249
Dorsett..... p. 263
Doyen..... p. 135, 151, 152, 161, 162, 163, 185, 245, 246, 247, 294, 306, 310, 324, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 345, 346
Dudley..... p. 14, 17, 238, 239
Dührssen. p. 205, 214, 220, 221, 222, 223, 400, 401, 402, 407, 408
Dumontpallier..... p. 198
Duncan (Matthews).... p. 283, 294
Dupuytren..... p. 269, 292
Duret..... p. 12, 37, 285

E

Eastman..... p. 134
Edebohls..... p. 9, 135, 160
Elischer..... p. 245
Ellinger..... p. 228
Emmet..... p. 267, 279, 299
Evrat..... p. 403

F

Faguet (Ch.)..... p. 123
Faucon (M.)..... p. 71
Faure (J. L.)..... p. 176, 177, 178, 343, 344
Fehling..... p. 203, 204, 249, 399
Fochier..... p. 383
Fraipont..... p. 39
Frank..... p. 14
Frankel..... p. 61, 205
Frankenhauser..... p. 292
Fredet..... p. 263
Freund . p. 94, 134, 156, 211, 212
Fritsch..... p. 129, 200, 228, 249, 263, 268, 388, 400, 401, 404
Frommel..... p. 55, 57
Fronmull..... p. 361, 363

G

Gaillard Thomas.... p. 72, 81, 200, 203
Galabin..... p. 200
Gariel..... p. 200, 280
Gersuny..... p. 365, 370
Gill Wylie..... p. 196
Girard..... p. 117
Godefroy..... p. 405
Godinho (J.)..... p. 23
Goelet..... p. 265
Gottal..... p. 11
Gottschalk. p. 57, 58, 73, 263, 264
Goubareff..... p. 258, 263
Goullioud..... p. 164, 165
Graily Hewitt..... p. 200
Granville..... p. 102
Greenhalg..... p. 282, 288
Guenther..... p. 213, 214
Guermonprez..... p. 135, 174
Guillemeau..... p. 383
Güsserow..... p. 235, 292
Guyon..... p. 292

H

Hachmann..... p. 405
Hacker (von)..... p. 129
Hall..... p. 25
Hanks..... p. 228
Hartmann. p. 171, 172, 263, 266, 365
Heath..... p. 102
Hégar. p. 23, 29, 30, 52, 67, 86, 87, 103, 109, 131, 203, 228, 229, 234, 253, 254, 258, 272, 276, 291, 292, 293, 296, 365, 371

Helme .... p. 344
Henning .... p. 72
Hervez de Chégoin .... p. 203
Herzfeld .... p. 196. 365, 370, 372
Hochenegg. p. 365, 368, 369, 375, 377
Heusner .... p. 397
Hodge .... p. 7, 199, 203
Hofmeier .... p. 73, 86, 119, 127
Hope .... p. 282
Howitz .... p. 109, 282
Howard .... p. 61
Huguier .... p. 193
Hunter .... p. 403
Hyrtl .... p. 89

I

Imlack .... p. 8, 35, 37

J

Jacquemier .... p. 383
Jaboulay .... p. 96
Jacobs. p. 40, 41, 214, 224, 349, 355, 381, 382
Jarjavay .... p. 292
Jay .... p. 388
Jeannel .... p. 302, 368
Jessett .... p. 174
Jobert .... p. 232
Jonnesco .... p. 14, 18, 85

K

Kaltenbach. p. 30, 78, 109, 156, 276, 282, 284
Kehrer .... p. 235
Keith (Th.) .... p. 102
Kelly. p. 30, 55, 57. 61, 71, 74, 124, 179, 181
Kennedy .... p. 232
Kimball .... p. 102, 134
Kiwisch .... p. 193
Kleberg .... p. 103, 109
Klotz .... p. 61, 76
Kni .... p. 372
Knorre .... p. 213, 220
Kocher .... p. 11, 31, 117, 367
Kocks .... p. 47, 48, 49, 280
Koeberlé. p. 61, 102, 134, 274, 288
Kraske .... p. 368, 369
Kristeller .... p. 248
Kroner .... p. 280
Krug .... p. 135
Kufferath .... p. 374
Kuster .... p. 96, 238, 242
Kustner .... p. 263, 280

L

Landau .... p. 173, 228
Lane .... p. 102
Langenbeck .... p. 292
Lannelongue .... p. 123
Largeau .... p. 175
Lanphéar .... p. 189
Laroyenne .... p. 42, 43, 67, 68, 111
Lauverjat .... p. 383
Lauwers .... p. 122
Le Bec .... p. 161
Le Dentu .... p. 213, 220
Legueu .... p. 70, 285
Lemonniet .... p. 30
Lennander .... p. 135, 175
Léonte .... p. 123
Léopold .... p. 61, 72, 119, 384, 387, 395
Levret .... p. 193, 383
Levy .... p. 368
Lisfranc .... p. 203, 269, 289
Livet .... p. 244
Ljocis .... p. 296
Louis .... p. 196

M

Mac-Clintock .... p. 283
Mackenrodt .... p. 48, 205, 213, 218, 219, 220, 345
Malgaigne .... p. 232
Mann (Matthew D.) .... p. 14, 17
Markwald .... p. 271
Martin (A.). p. 28, 32, 55, 92, 95, 103, 118, 134, 158, 182, 184, 232, 233, 260, 269, 296, 305, 324, 328, 377
Martin (F. H.) .... p. 263, 264, 292
Masse .... p. 5
Mauriceau .... p. 383

Mayer ..... p. 198
Mendez de Léon ..... p. 78
Ménière ..... p. 200
Merz ..... p. 390
Meynert ..... p. 111
Mikucki ..... p. 22
Mikulicz ..... p. 50, 176, 360
Milander ..... p. 79
Miner ..... p. 30
Monod ..... p. 116
Monprofit ..... p. 139
Moreau ..... p. 405
Morestier ..... p. 196
Morestin ..... p. 373
Moulonguet ..... p. 354
Muller. p. 306, 324, 333, 370, 371
Mundé ... p. 27, 29, 42, 43, 81, 403
Murphy ..... p. 268
Museux ..... p. 33, 35

N

Négrier ..... p. 403
Nélaton ..... p. 292
Neugebauer ..... p. 196
Newmann ..... p. 9
Nicoletis ..... p. 205, 211
Noble ..... p. 127
Nœggerath ..... p. 279
Nott ..... p. 235
Nourse ..... p. 238, 241

O

Oldham ..... p. 232
Olshausen. p. 19, 20, 61, 102, 116, 296, 305, 324, 390
Orthmann ..... p. 213, 219, 220
Ott (von) ..... p. 115, 117, 390

P

Pate ..... p. 280
Peaslee ..... p. 228
Péan ... p. 30, 45, 102, 109, 134, 175, 181, 182, 184, 205, 209, 299, 300, 303, 304, 305, 306, 309, 324, 329, 330, 331, 332, 359, 360
Penrose (C. B.) ..... p. 191
Périer ..... p. 283, 284
Petit ..... p. 403
Pezzer (de) ..... p. 304
Pichevin ..... p. 213, 220, 344
Picqué ..... p. 69
Pilat ..... p. 404
Polk .. p. 14, 17, 35, 135, 157, 173
Porro ..... p. 111, 383, 384, 395
Poulet ..... p. 196
Pozzi .... p. 7, 27, 29, 61, 69, 100, 103, 130, 131, 238, 242, 252, 255, 268, 292, 293
Pryor ..... p. 86, 87, 175

Q

Quénu ..... p. 341

R

Rabenau (von) .... p. 205, 245, 246
Reed ..... p. 238, 243
Récamier p. 203, 251, 252, 253, 254, 305
Reverdin. p. 5, 7, 14, 25, 31, 58, 62, 64, 156, 157
Ricard ..... p. 176
Richelot. p. 123, 166, 167, 168, 169, 170, 190, 205, 306, 309, 324, 332
Robinson (B.) ..... p. 132
Robson ..... p. 119
Rochard ..... p. 266
Rœderer ..... p. 403
Rosenmüller ..... p. 1
Rossner ..... p. 243
Rouffart ..... p. 349, 355
Rousset ..... p. 282, 383
Routier ..... p. 356, 357
Roux ..... p. 252, 365, 373
Ruggi ..... p. 14, 15, 16

S

Sænger. p. 19, 20, 34, 52, 53, 61, 111, 129, 131, 205, 214, 223, 224, 268, 383, 384, 387, 388, 395, 399
Sauter ..... p. 305, 306
Schauta ..... p. 22, 25
Schede ..... p. 371, 375
Schelling ..... p. 200
Schmalfuss ..... p. 81
Schmidt ..... p. 205

Schrœder.. p. 61, 96, 102, 113, 118, 131, 232, 233, 270, 273, 274, 275, 305, 400
Schuchardt..... p. 361
Schultz..... p. 404
Schüking..... p. 205, 213, 215
Schultze..... p. 200, 228
Schwartz. p. 116, 176, 260, 294, 369
Secheyron..... p. 285
Segond. p. 8, 61, 126, 303, 308, 309, 310, 314, 319, 324, 332, 348
Sieur..... p. 365
Simon... p. 251, 270, 271, 273, 290
Sims.. p. 61, 77, 194, 205, 209, 228, 234, 236, 273, 279
Simpson.. p. 42, 193, 203, 226, 232
Sippel..... p. 128
Skutsch..... p. 205, 209
Sloan..... p. 226
Smith (Taylor)..... p. 278, 280
Smyly..... p. 159
Sneguireff..... p. 258
Snyers..... p. 9
Solger..... p. 403
Spiegelberg..... p. 92, 282
Steinbüchel..... p. 213, 219
Steinthal..... p. 370, 371
Stilling... .... p. 102
Stoltz..... p. 383
Storer..... p. 102
Strassman..... p. 13
Stratz..... p. 59
Sutton..... p. 116
Swiccicki..... p. 213, 214

T

Tait (Lawson)... p. 27, 28, 35, 37, 61, 72, 109, 228, 280, 311
Tarnier..... p. 383
Talley..... p. 122
Témoin..... p. 97, 119
Tenneson..... p. 42
Terrier.... p. 30, 32, 35, 61, 63, 67, 126, 128, 191, 285, 300, 305, 310, 365, 372
Terrillon..... p. 306
Thiem..... p. 205, 213, 215
Thiriar..... p. 73, 84, 85
Thomas (G.)..... p. 72, 81, 252
Tillaux..... p. 61
Törngren..... p. 205, 213, 216
Trélat..... p. 203
Trendelenburg..... p. 40
Tuffier..... p. 345, 346

V

Valleix..... p. 194, 203
Vallin..... p. 35
Vaton..... p. 78
Vautrin..... p. 30
Veit..... p. 78, 282
Velpeau..... p. 203, 292
Verchère..... p. 285, 286
Vineberg..... p. 25
Volbrecht..... p. 3
Vulliet..... p. 227, 294

W

Walk..... p. 196
Warker (van de)..... p. 274
Wasseige..... p. 111
Wells (Spencer).... p. 30, 92, 102, 109, 282, 283, 306
Wertheim..... p. 22, 25
Wiedow..... p. 50
Winiwarter (von)..... p. 38
Winter..... p. 213, 219
Wisbel..... p. 116
Wisel..... p. 383
Woelfler... p. 38, 129, 130, 361, 365, 374
Wylie (O)..... p. 14, 15, 18
Wylie (G)..... p. 196

Z

Zinsmeister..... p. 70
Zuckerkandl (Otto)..... p. 50, 52, 53, 361, 365, 374
Zwanck..... p. 200, 201
Zweifel..... p. 121, 205, 215

TABLE DES FIGURES

	Figures	Pages
A		
Aiguille de Törngren pour l'hystéropexie vaginale	**190**	216
Aiguilles-broches pour l'hystéropexie (en place). — Procédé de Laroyenne	**41**	68
Appareil de Reverdin pour traction sur les gros utérus	**112**	156
Appareil de Reverdin utilisé pour l'extirpation des gros fibrômes de l'utérus	**113**	157
Artères utéro-ovariennes et utérines (Distribution des)	**59**	89
B		
Bistouri (Lame de)	**304**	307
Bistouri courbe à droite	**286**	300
Bistouri courbe à gauche	**287**	300
Bistouri droit à morcellement	**285**	300
Bistouri de Sims, à lame mobile	**213**	234
C		
Cathéter cannelé de Törngren, pour l'hystéropexie vaginale	**190**	216
Césarienne (Opération). — Pessaire. — Procédé de Cameron	**376**	389
Césarienne (Opération). — Compression des bords de la plaie utérine. — Procédé de Cameron	**377**	389
Césarienne (Opération). — Placement des sutures. — Procédé de Cameron	**378**	389
Ciseaux droits pour opérations courantes	**33**	62
Ciseaux (longs) à morcellement	**288**	300
Ciseaux (longs) pour hystérectomie vaginale	**303**	307
Col utérin (Abrasion du). — (Excision d'un carcinome soi-disant inopérable)	**260**	261
Col utérin (Abrasion du). — Ligature du moignon	**261**	261
Col (Amputation du). — Procédé de H. Delagénière	**355**	351
Col (Amputation infra-vaginale du). — Fils antérieurs et postérieurs en place. — Procédé de Hégar	**271**	272
Col (Amputation infra-vaginale du). — Placement des fils latéraux. — Procédé de Hégar	**272**	272
Col (Amputation infra-vaginale du). — Sutures nouées. — Procédé de Hégar	**273**	272
Col (Amputation du —, à deux lambeaux). — Sutures (vue de face). — Procédé de Simon	**270**	272
Col (Amputation du —, à deux lambeaux). — Coupe du tracé des lambeaux. — Procédé de Simon	**269**	272
Col (Amputation infra-vaginale du). — Fils placés. — Procédé de Sims	**274**	273

	Figures	Pages
Col (Amputation infra-vaginale du). — Opération terminée. — Procédé de Sims	**275**	273
Col (Amputation supra-vaginale du). — Disposition des sutures.— Procédé de Schrœder	**277**	275
Col (Amputation supra-vaginale du). — Ligne d'extirpation. — Procédé de Schrœder	**276**	275
Col (Arrachement du — dans l'hystérectomie abdominale totale).— Procédé de Doyen	**119**	162
Col (Excision de la muqueuse du). — Placement du fil. — Procédé de Schrœder	**267**	270
Col (Excision de la muqueuse du). — Application des sutures. — Procédé de Schrœder	**268**	270
Col (Ligature partielle du). — Procédé de Zweifel	**74**	122
Col (Préhension du — dans l'hystérectomie abdominale).— Procédé de Doyen	**118**	162
Crémaillère de Périer	**278**	284
Curette fenêtrée à bords très-allongés	**258**	252
Curette à bords allongés (Extrémité de la)	**255**	252
Curette à bords dentelés	**256**	252
Curette à double courbure (Partie tranchante de la)	**259**	252
Curette à tranchants allongés (Mathieu)	**254**	252
Curette à tranchant fenêtré	**257**	252
Curette mousse	**248**	251
Curette utérine (Mathieu)	**253**	252
Curette utérine à double courbure (Collin)	**252**	252
Curette de Récamier-Pozzi, à bords émoussés	**251**	252
Curette de Simon	**247**	251
Curette de Sims (Partie active de la)	**250**	252
Curettes de Sims à bords tranchants	**249**	252
Cylindre creux de Doyen	**347**	340

D

Dilatateur utérin flexible de Collin	**207**	228
Dilatateur de Hégar (Mathieu)	**208**	229
Dilatateur de Hégar en ébonite (Collin)	**209**	229
Dilatateur de Hégar en métal nickelé	**210**	229
Dilatateur utérin de Pichevin	**206**	228
Dilatateur de Sims	**205**	228
Discision du col. — 1er temps. — Procédé de Nott	**215**	235
Discision du col. — 2e temps. — Procédé de Nott	**216**	235
Discision du col. — 3e temps. — Procédé de Nott	**217**	235
Discision sagittale du col dans l'antéflexion cervicale. — Procédé de Sims	**214**	234
Drain métallique et mèche à drainage ordinaire	**94**	140
Drain métallique avec large mèche	**95**	140

E

Extirpation totale de l'utérus myomateux. — Suture. — Procédé de A. Martin	**116**	159

	Figures	Pages
Extirpation totale de l'utérus myomateux. — Procédé de A. Martin.	**115**	159
Extirpation totale de l'utérus. — Procédé de Freund...	**111**	156
Extirpation de l'utérus à l'aide de l'élévateur	**114**	158
Extirpation des gros fibrômes de l'utérus à l'aide de l'appareil de Reverdin	**113**	156
Érigne à glissière	**120**	163
Érigne hélicoïde de Doyen, à spires petites	**109**	152
Érigne hélicoïde de Doyen, à grandes spires	**108**	151
Énucléateur de Pozzi	**280**	293
Écouvillon de Doléris	**246**	249
Écarteurs vaginaux de différents modèles	**212**	233
Écarteur coudé	**284**	299
Écarteur contre-coudé	**283**	299
Écarteur à angle mobile de Segond	**313**	309
Écarteurs vaginaux de Doyen	**315**	309

H

Hystérectomie abdominale totale. — Position de l'utérus à enlever	**96**	143
Hystérectomie abdominale totale. — Plaie abdominale en position inclinée	**97**	144
Hystérectomie abdominale totale. — Placement des pinces. — Procédé de H. Delagénière	**98**	145
Hystérectomie abdominale totale. — Tracé de la collerette. — Procédé de H. Delagénière	**99**	146
Hystérectomie abdominale totale. — Incision du cul-de-sac vaginal. — Procédé de H. Delagénière	**100**	146
Hystérectomie abdominale totale. — Dissection de la collerette. — Procédé de H. Delagénière	**101**	147
Hystérectomie abdominale totale. — Fond du vagin, l'utérus enlevé. — Procédé de H. Delagénière	**103**	148
Hystérectomie abdominale totale. — Suture péritonéale. — Procédé de H. Delagénière	**104**	149
Hystérectomie abdominale totale. — Suture péritonéale terminée. — Procédé de H. Delagénière	**105**	149
Hystérectomie abdominale totale. — Préhension du col. — Procédé de Doyen	**118**	162
Hystérectomie abdominale totale. — Arrachement du col. — Procédé de Doyen	**119**	162
Hystérectomie abdominale totale. — Section des ligaments larges. — Procédé de Doyen	**121**	163
Hystérectomie abdominale totale. — Suture du péritoine. — Procédé de Doyen	**122**	164
Hystérectomie abdominale totale. — Suture. — Procédé de A. Martin	**116**	159
Hystérectomie abdominale totale. — Renversement de l'utérus en avant. — Procédé de A. Martin	**115**	159
Hystérectomie abdominale totale. — Ligatures à la fin de l'opération. — Procédé de Hartmann	**136**	172

	Figures	Pages
Hystérectomie abdominale totale. — Section des ligaments larges. Procédé de Hartmann	**133**	171
Hystérectomie abdominale totale. — Désinsertion du col. — Procédé de Hartmann	**135**	172
Hystérectomie abdominale totale. — Section du ligament large adhérent	**134**	171
Hystérectomie abdominale totale. — Section du vagin. — Procédé de Goullioud	**124**	165
Hystérectomie abdominale totale. — Ligature des pédicules. — Procédé de Goullioud	**123**	164
Hystérectomie abdominale totale. — Procédé de Freund	**111**	156
Hystérectomie abdominale totale. — Pincement de l'utérus. — Procédé de J.-L. Faure	**137**	175
Hystérectomie abdominale totale. — Section médiane. — Procédé de J.-L. Faure	**138**	175
Hystérectomie abdominale totale. — Section médiane terminée. — Procédé de J.-L. Faure	**139**	177
Hystérectomie abdominale totale. — Section de l'utérus.— Procédé de J.-L. Faure	**140**	177
Hystérectomie abdominale totale. — Déroulement de l'utérus. — Procédé de J.-L. Faure	**141**	178
Hystérectomie abdominale totale pour fibrômes.— Dénudation des artères utérines. — Procédé de Richelot	**125**	165
Hystérectomie abdominale totale pour fibrômes. — Placement des pinces. — Procédé de Richelot	**126**	166
Hystérectomie abdominale totale pour fibrômes. — Ligature des vaisseaux. — Procédé de Richelot	**127**	166
Hystérectomie abdominale totale pour fibrômes. — Suture du vagin. — Procédé de Richelot	**128**	167
Hystérectomie abdominale totale pour fibrômes. — Suture du lambeau antérieur. — Procédé de Richelot	**129**	167
Hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes.— Pincement des artères. — Procédé de Richelot	**130**	168
Hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes. — Pincement du col. — Procédé de Richelot	**131**	169
Hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes.— Énucléation des annexes. — Procédé de Richelot	**132**	170
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Temps vaginal. — Procédé de Doyen	**147**	188
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Temps vaginal. — Application des pinces. — Procédé de Doyen	**148**	188
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Suture du péritoine. — Procédé de Doyen	**149**	189
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Section horizontale de la tumeur. — Procédé de Doyen	**145**	187
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Rabattement de la tumeur. — Procédé de Doyen	**142**	185
Hystérectomie abdomino-vaginale. Incision du péritoine. — Procédé de Doyen	**143**	186
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Schéma de la vascularisation		

	Figures	Pages
de la tumeur. — Procédé de Doyen	**144**	186
Hystérectomie abdomino-vaginale. — Ligature des artères vaginales. — Procédé de Doyen	**146**	187
Hystérectomie extra-péritonéale. — Traitement du pédicule. — Procédé de Hégar	**68**	110
Hystérectomie intra-péritonéale. — Traitement du pédicule. — Procédé de A. Martin	**72**	118
Hystérectomie intra-péritonéale. — Ligature du pédicule. — Procédé de D. de Ott	**69**	116
Hystérectomie intra-péritonéale. — Stylet traversant le col. — Procédé de D. de Ott	**70**	117
Hystérectomie intra-péritonéale. — Suture du pédicule. — Procédé de Schrœder	**71**	118
Hystérectomie rétro-péritonéale. — Ligature partielle des ligaments larges. — Procédé de Zweifel	**73**	121
Hystérectomie rétro-péritonéale. — Ligature partielle du col. — Procédé de Zweifel	**74**	122
Hystérectomie rétro-péritonéale. — 1er temps. — Procédé de Kelly.	**75**	124
Hystérectomie rétro-péritonéale. — Ligature des artères ovariques. — Procédé de Kelly	**76**	125
Hystérectomie rétro-péritonéale. — Ligatures terminées. — Procédé de Kelly	**77**	125
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Brown	**360**	368
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Brown	**364**	369
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Hégar	**369**	371
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Hochenegg	**366**	369
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Jeannel	**361**	368
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Kraske	**363**	368
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Lévy	**362**	368
Hystérectomie sacrée. — Incision de la peau et ablation de l'os. — Procédé de Morestin	**374**	373
Hystérectomie sacrée. — Section osseuse. — Procédé de Hochenegg	**368**	369
Hystérectomie sacrée. — Section osseuse. — Procédé de Kraske	**367**	369
Hystérectomie sacrée. — Section des os. — Procédé de Morestin	**373**	373
Hystérectomie sacrée. — Suture osseuse. — Procédé de Roux	**372**	373
Hystérectomie sacrée. — Incision. — Procédé de Schwartz	**365**	369
Hystérectomie sacrée. — Brèche obtenue. — Procédé de Terrier.	**370**	372
Hystérectomie sacrée. — Réunion et drainage de la plaie. — Procédé de Terrier	**371**	372
Hystérectomie sacrée. — Procédé de Zuckerkandl	**375**	374
Hystérectomie supra-vaginale. — Ligature médiate de l'artère utérine. — Procédé de Hofmeier	**79**	127
Hystérectomie supra-vaginale. — Suture des lambeaux péritonéaux. — Procédé de Hofmeier	**80**	127
Hystérectomie su pra-vaginale. — Procédé de Segond	**78**	126
Hystérectomie supra-vaginale mixte. — Procédé de Wölfler-Hacker	**81**	130
Hyst érectomie supra-vaginale mixte. — Ligature du pédicule. — Procédé de Chaput	**84**	132

	Figures	Pages
Hystérectomie supra-vaginale mixte. — Séquestration du pédicule avec ligature élastique. — Procédé de Sänger	**83**	131
Hystérectomie supra-vaginale mixte. — Séquestration du pédicule (Schéma). — Procédé de Sänger	**82**	131
Hystérectomie vaginale totale. — Abaissement de l'utérus	**324**	325
Hystérectomie vaginale totale. — Agrandissement du cul-de-sac vésico-utérin	**322**	324
Hystérectomie vaginale totale. — Col extériorisé	**321**	324
Hystérectomie vaginale totale.—Extériorisation du corps de l'utérus.	**323**	325
Hystérectomie vaginale totale. — Ligature en chaîne sur le ligament large	**330**	328
Hystérectomie vaginale totale.—Nœud à boucle passée.— 1er temps. Procédé de H. Delagénière	**316**	313
Hystérectomie vaginale totale.—Nœud à boucle passée. — 2e temps. — Procédé de H. Delagénière	**317**	313
Hystérectomie vaginale totale.—Nœud à boucle passée.—3e temps, Procédé de H. Delagénière	**318**	314
Hystérectomie vaginale totale.— Nœud à boucle passée. — 4e temps. — Procédé de H. Delagénière	**319**	314
Hystérectomie vaginale totale. — 2e temps	**325**	326
Hystérectomie vaginale totale. — 3e temps	**326**	326
Hystérectomie vaginale totale. — 4e temps	**327**	327
Hystérectomie vaginale totale. — Schéma de la section longitudinale	**328**	327
Hystérectomie vaginale totale. — Dernier temps	**329**	328
Hystérectomie vaginale par morcellement. — Procédé de Péan	**331**	329
Hystérectomie vaginale par morcellement. — Section du ligament large. — Procédé de Péan	**332**	330
Hystérectomie vaginale par morcellement. — Bascule de l'utérus. — Procédé de Péan	**333**	330
Hystérectomie vaginale par morcellement. — Extirpation de l'utérus. — Procédé de Péan	**334**	331
Hystérectomie vaginale. — Procédé de Pichevin	**352**	345
Hystérectomie vaginale totale. — Incision du vagin. — Procédé de Doyen	**320**	323
Hystérectomie vaginale pour lésions inflammatoires. — Procédé de Doyen	**335**	333
Hystérectomie vaginale totale. — 1er temps. — Exploration digitale. — Procédé de Doyen	**336**	334
Hystérectomie vaginale totale. — 2e temps. — Ablation de l'utérus. — Procédé de Doyen	**337**	334
Hystérectomie vaginale totale. — Incision médiane du col. — Procédé de Doyen	**338**	335
Hystérectomie vaginale totale.—Section du corps.—Procédé de Doyen	**339**	336
Hystérectomie vaginale totale. — Coupe longitudinale antéro-postérieure. — Procédé de Doyen	**340**	336
Hystérectomie vaginale totale. — L'utérus à la vulve. — Procédé de Doyen	**341**	337
Hystérectomie vaginale totale. — Extraction d'une poche tubaire. — Procédé de Doyen	**342**	337

	Figures	Pages
Hystérectomie vaginale totale. — Application des pinces sur les ligaments larges. — Procédé de Doyen	**344**	338
Hystérectomie vaginale totale terminée. — Procédé de Doyen	**345**	339
Hystérectomie vaginale. — Schéma du morcellement d'un gros fibrôme. — Procédé de Doyen	**346**	339
Hystérectomie vaginale. — Perforation à l'aide du tube d'un fibrôme peu accessible. — Procédé de Doyen	**348**	340
Hystérectomie vaginale. — Extraction d'un fibrôme. — Procédé de Doyen	**349**	341
Hystérectomie vaginale. — Tumeur à la fourchette. — Procédé de Doyen	**350**	342
Hystérectomie vaginale. — Extraction de l'utérus. — Procédé de de Doyen	**351**	343
Hystérectomie vagino-abdominale. — Amputation du col. — Procédé de H. Delagénière	**355**	351
Hystérectomie vagino-abdominale. — Décollement de la séreuse. — Procédé de H. Delagénière	**356**	352
Hystérectomie vagino-abdominale. — Temps abdominal. — Procédé de H. Delagénière	**357**	353
Hystérectomie vagino-abdominale. — Plissement du ligament large — Procédé de Routier	**358**	356
Hystérectomie vagino-abdominale. — Bascule de l'utérus. — Procédé de Routier	**359**	357
Hystéromètre de Collin	**152**	194
Hystéromètre de Sims	**153**	194
Hystéromètre à extrémité renflée en place.—Procédé de Laroyenne.	**40**	68
Hystéromètre de Valleix	**151**	194
Hystéropexie abdominale antérieure. —Fil suspenseur. — Procédé de F. Terrier	**37**	66
Hystéropexie abdominale antérieure. — Fils fixateurs. — Procédé de F. Terrier	**38**	66
Hystéropexie abdominale antérieure. — Procédé de Czerny	**39**	67
Hystéropexie abdominale. — Procédé de Faucon	**45**	71
Hystéropexie abdominale. — Coupe. — Procédé de Faucon	**46**	71
Hystéropexie abdominale. — Procédé de Léopold	**47**	72
Hystéropexie abdominale. — Schéma. — Procédé de Léopold	**48**	73
Hystéropexie abdominale. — Placement des fils. — Procédé de Legueu	**43**	70
Hystéropexie abdominale. — Fixation des fils. — Procédé de Legueu	**44**	70
Hystéropexie abdominale. — Procédé de Pozzi	**42**	69
Hystéropexie indirecte type. — Procédé d'Olshausen	**49**	74
Hystéropexie indirecte. — 1er procédé de Kelly — 1er temps	**50**	74
Hystéropexie indirecte. — 1er procédé de Kelly. — 2e temps	**51**	74
Hystéropexie indirecte. — 2e procédé de Kelly	**52**	75
Hystéropexie indirecte. — 2e procédé de Kelly.— Schéma de l'utérus fixé	**53**	75
Hystéropexie indirecte.— Utérus fixé. Profil.— 2e procédé de Kelly.	**54**	75
Hystéropexie (Ligatures des veines ovariennes au cours de l' —) dans le procédé de Kelly	**55**	75

	Figures	Pages
Hystéropexie sus-pubienne extra-péritonéale. — Procédé de Sims-Kelly	56	77
Hystéropexie sus-pubienne extra-péritonéale. — Procédé de Sims-Kelly. — Place de l'utérus	57	77
Hystéropexie vaginale. — Procédé de Dührssen. — Décollement de la vessie	196	221
Hystéropexie vaginale. — Placement des fils sur le col. — Procédé de Dührssen	197	222
Hystéropexie vaginale. — Fils noués. — Procédé de Dührssen	198	223
Hystéropexie vaginale. — Procédé de Schücking	189	215
Hystéropexie vaginale. — 1er temps. — Procédé de Törngren	191	216
Hystéropexie vaginale. — 2e temps. — Procédé de Törngren	192	217
Hystéropexie vaginale. — 3e temps. — Procédé de Törngren	193	217
Hystéropexie vaginale. — Résultat obtenu. — Procédé de Törngren.	194	217
Hystérotomie sphinctérienne. — Incision médiane antérieure du col. — Procédé de Defontaine	218	236
Hystérotomie sphinctérienne. — Section terminée. — Procédé de Defontaine	219	237

I

Inversion (Réduction de l'— par laparotomie). — Procédé de Gaillard Thomas	58	81

L

Laminaire conique (grande) (Collin)	202	227
Laminaire conique (petite) (Collin)	201	227
Laminaire conique (Mathieu)	203	227
Laminaire cylindrique (petite)	199	226
Laminaire cylindrique avec son fil	200	226
Ligament large (Décollement du). — Procédé de F.-H. Martin	262	264
Ligament large (Ligature en chaîne sur le)	330	327
Ligament large (Plissement du — après l'application d'un lien élastique). — Procédé de Routier	357	356
Ligament large adhérent (Section du — dans l'hystérectomie abdominale totale). — Procédé de Hartmann	135	172
Ligament large (Section du). — Procédé de Péan,	333	331
Ligaments larges (Application des pinces sur les). — Procédé de Doyen	343	338
Ligaments larges (Drainage des — par incision para-sacrée)	28	50
Ligaments larges (Énucléation des — dans l'hystérectomie abdominale totale pour suppurations pelviennes). — Procédé de Richelot	132	170
Ligaments larges (Ligature partielle des). — Procédé de Zweifel (nouveau mode)	73	121
Ligaments larges (Ligature vaginale des). — Procédé de F.-H. Martin.	263	265
Ligaments larges (Ligature des — par voie vaginale). Passage de l'aiguille. — Procédé de F.-H. Martin	264	265

	Figures	Pages
Ligaments larges (Ouverture des— par la voie périnéale).— Procédé de Sänger	**29**	53
Ligaments larges (Ouverture des—par la voie périnéale).— Procédé de Zuckerkandl	**30**	53
Ligaments larges (Raccourcissement des). — Procédé de H. Delagénière	**17**	53
Ligaments larges (Raccourcissement des). Passage des fils. — Procédé de H. Delagénière	**18**	36
Ligaments larges (Raccourcissement des). Coupe. — Procédé de H. Delagénière	**19**	36
Ligaments larges (Raccourcissement des). Vue de face. — Procédé de H. Delagénière	**20**	36
Ligaments larges (Raccourcissement des). Fil passé. — Procédé de Kocks	**24**	47
Ligaments larges (Raccourcissement des). Fil noué. — Procédé de Kocks	**25**	47
Ligaments larges (Raccourcissement des). Fils en T. — Procédé de Kocks	**26**	48
Ligaments larges (Raccourcissement des). Suture de la vessie. — Procédé de Kocks	**27**	48
Ligaments larges (Section des — dans l'hystérectomie abdominale totale). — Procédé de Doyen	**121**	163
Ligaments larges (Section des — dans l'hystérectomie abdominale totale). — Procédé de Hartmann	**133**	171
Ligament rond (Attraction du). — Procédé de Edebohls	**3**	10
Ligament rond (Incision du). — Procédé de Edebohls	**1**	9
Ligament rond (Isolement du). — Procédé de Beck	**12**	20
Ligament rond (Isolement du — et suture du péritoine). — Procédé de Beck	**13**	20
Ligament rond (Isolement du). — Procédé de Edebohls	**2**	9
Ligaments ronds (Raccourcissement des). — Procédé de M. Baudouin	**11**	17
Ligaments ronds (Raccourcissement des).— Procédé de Kocher	**7**	11
Ligaments ronds (Raccourcissement des).— Procédé de Ruggi	**9**	16
Ligaments ronds (Raccourcissement des) terminé. — Procédé de Ruggi	**10**	16
Ligaments ronds (Raccourcissement des). — Procédé d'Olshausen-Sänger	**15**	20
Ligaments ronds (Raccourcissement des). — Procédé de Wylie	**8**	15
Ligament rond (Suture du). — Procédé de Beck	**14**	20
Ligament rond (Suture du canal inguinal). — Procédé de Edebohls.	**5**	10
Ligament rond (Rangée profonde de la suture du). — Procédé de Edebohls	**4**	10
Ligament rond (Rangée superficielle de la suture du). — Procédé de Edebohls	**6**	10
Ligatures atrophiantes par voie vaginale. Passage de l'aiguille à travers le ligament large. — Procédé de F.-H. Martin	**264**	265
Ligatures atrophiantes par voie vaginale. Ligature des incisions. — Procédé de F.-H. Martin	**265**	265
Ligatures atrophiantes par voie vaginale. Recherche des artères		

	Figures	Pages
utérines. — Procédé de F.-H. Martin	**263**	265
Ligatures atrophiantes par voie vaginale. Déc ollement du ligament large. — Procédé de F.-H. Martin	**262**	264

M

Myôme intra-ligamentaire (Énucléation d'un). — Procédé de A. Martin	**62**	95
Myôme intra-pariétal (Énucléation d'un)	**60**	93
Myôme intra-pariétal. — Suture après l'énucléation	**61**	94
Myomotomie pour fibrômes. — Procédé de Témoin	**63**	97
Myomotomie pour fibrômes (Moignon utérin). — Procédé de Témoin	**64**	97

P

Pédicule (Hémostase du) par ligatures. — Procédé de D. de Ott..	**69**	116
Pédicule (Hémostase du). — Stylet traversant le col. — Procédé de D. de Ott	**70**	117
Pédicule (Ligature directe du). — Procédé de Chaput	**84**	132
Pédicule (Ligature du). — Procédé de Goullioud..	**123**	164
Pédicule (Séquestration du). — Procédé de Sänger	**82**	131
Pédicule (Séquestration du — avec ligature élastique). — Procédé de Sänger	**83**	131
Pédicule (Suture du). — Procédé de Schrœder	**71**	118
Pédicule (Traitement du — dans l'hystérectomie extra-péritonéale). — Procédé de Hégar	**68**	110
Pédicule (Traitement du). — Procédé de A. Martin	**72**	118
Pelote périnéale	**173**	201
Pessaire à gimblette	**154**	198
Pessaires à tige intra-utérine	**178**	204
Pessaire de Borgnet	**175**	202
Pessaire hystérophore de Breslau	**174**	202
Pessaire en aluminium de Courty	**163**	200
Pessaire en aluminium de Courty	**164**	200
Pessaire en anneau de Dumontpallier (petit)	**155**	198
Pessaire en anneau de Dumontpallier (grand)	**156**	198
Pessaire en cuvette de Gariel	**165**	200
Pessaire piriforme de Gariel	**166**	200
Pessaire en anneau de Gariel	**167**	200
Pessaire à air, avec tube à insufflation, de Gariel	**168**	201
Pessaire de Gariel, avec robinet	**169**	201
Pessaire de Gariel (Insufflateur pour)	**170**	201
Pessaire de Hodge, vu de face	**158**	199
Pessaire de Hodge, vu de profil	**157**	199
Pessaire sigmoïde simple de Ménière	**160**	199
Pessaire sigmoïde à antéversion de Ménière	**162**	199
Pessaire de Ménière (Placement du)	**161**	199
Pessaire de Zwanck (Mathieu)	**171**	201
Pessaire de Zwanck (Collin)	**172**	201
Pince à abaissement à griffe unique	**31**	57

	Figures	Pages
Pince à abaissement à une seule griffe	**211**	229
Pince à abaissement de Collin, fermée	**181**	207
Pince à abaissement de Collin, ouverte	**180**	207
Pince à abaissement à 4 griffes	**32**	57
Pince à abaissement à 4, 6 et 8 griffes	**291**	300
Pince à abaissement de Segond	**310**	308
Pince à abaissement (Mors de)	**16**	31
Pince à articulation mobile de Jeannel	**297**	302
Pince clamp courbe ordinaire	**88**	138
Pince clamp courbe à long manche	**89**	138
Pince clamp droite	**90**	138
Pinces coupantes de Doyen	**300**	302
Pince courbe de H. Delagénière	**306**	307
Pinces droites de H. Delagénière	**305**	307
Pince droite de Terrier	**289**	300
Pince à écrasement de Doyen	**353**	346
Pince à écrasement de Tuffier	**354**	346
Pince érigne élastique	**309**	308
Pince en forme de forceps	**298**	302
Pince à forcipressure à mors courts	**299**	302
Pince hémostatique droite de F. Terrier	**36**	63
Pinces (grandes) hémostatiques courbes de H. Delagénière	**35**	62
Pinces hémostatiques droite et courbe	**91**	139
Pince (grande) hémostatique droite	**92**	139
Pince hémostatique à mors droits et courbés	**293**	301
Pinces hémostatiques droites de 25 millimètres, de H. Delagénière.	**34**	62
Pince longuette courbe	**292**	301
Pince longuette courbe	**308**	308
Pince longuette droite	**290**	300
Pince pour l'introduction des éponges et des tiges de laminaire	**204**	227
Pince pour l'introduction du pessaire de Hodge	**159**	199
Pinces de Doyen pour ligaments larges	**343**	338
Pince à morcellement	**282**	293
Pince à morcellement ovalaire à mors avec pointes	**295**	301
Pince à morcellement à mors avec pointes	**296**	301
Pince à morcellement à mors sans pointes	**294**	301
Pince à mors fenêtrés de Terrillon	**307**	308
Pince de Museux	**279**	289
Pinces de Museux à 2 mors	**65**	103
Pince de Museux à 3 et 4 mors	**66**	103
Pince de Museux (Mathieu)	**102**	148
Pince de Museux (Mathieu)	**281**	293
Pince-sonde de Orthmann	**195**	219

R

Redresseur articulé de Trélat	**177**	203
Redresseur fixe de Trélat	**176**	203

Figures Pages

S

Sonde utérine de H. Delagénière **311** 308
Spéculum de Cusco **150** 194
Stomatoplastie. — Schéma du résultat de l'opération **234** 242
Stomatoplastie. — Dissection des lambeaux triangulaires. — Procédé de Courty **220** 239
Stomatoplastie. — Incision bilatérale du col. — Procédé de Courty **221** 239
Stomatoplastie. — Fixation des lambeaux. — Procédé de Courty. **222** 239
Stomatoplastie. — Suture en bouton des lambeaux. — Procédé de Courty **223** 239
Stomatoplastie. — Aspect de l'orifice.— Procédé de Courty **224** 240
Stomatoplastie. — Procédé de Dudley. — 1er temps **225** 240
Stomatoplastie.— Procédé de Dudley. — 2e temps **226** 240
Stomatoplastie. — Procédé de Dudley. — 3e temps. — Suture des lambeaux **227** 240
Stomatoplastie. — Procédé de Dudley. — Amputation de la lèvre antérieure du col **228** 240
Stomatoplastie. — Procédé de Dudley. — Suture du moignon de la lèvre antérieure **229** 241
Stomatoplastie. — Procédé de Dudley. — Opération terminée.... **230** 241
Stomatoplastie. — Incisions bilatérales. — Procédé de A. Mars... **236** 243
Stomatoplastie. — Lambeaux obtenus. — Procédé de A. Mars.... **237** 243
Stomatoplastie. — Incision bilatérale du col. — Procédé de Nourse **231** 241
Stomatoplastie. — Schéma du redressement.— Procédé de Nourse. **232** 241
Stomatoplastie. — Évidement commissural du col. — Procédé de Pozzi **233** 242
Stomatoplastie. — Incision de la partie postérieure du col. — Procédé de Reed **238** 243
Stomatoplastie. — Résection des lambeaux. — Procédé de Reed. **239** 243
Stomatoplastie. — Placement des fils. — Vue de face. — Procédé de Reed **240** 244
Stomatoplastie. — Placement des fils. Vue de profil. — Procédé de Reed **241** 244
Stomatoplastie. — Procédé de Rossner **235** 242

T

Table d'opérations de H. Delagénière **87** 137
Table d'opérations de H. Delagénière : Position horizontale..... **85** 136
Table d'opérations de H. Delagénière : Différentes parties..... **86** 136
Tire-bouchon de Delagénière **107** 151
Trachélopexie ligamentaire. — Procédé de Jacobs **21** 41
Trachélopexie vaginale. — Amputation du col, vue de profil. — Procédé de Nicoletis **182** 211
Trachélopexie vaginale. — Amputation du col, vue de face. — Procédé de Nicoletis **183** 211
Trachélopexie vaginale. — Fils noués. — Procédé de Nicoletis... **184** 211
Trachélopexie vaginale. — Suture latérale du vagin. — Procédé de Nicoletis **185** 212

	Figures	Pages
Trachélopexie vaginale. — Résultat obtenu, vu de face. — Procédé de Nicoletis	**186**	212
Trachélopexie vaginale. — Résultat obtenu vu de profil, avec schéma de l'action des fils. — Procédé de Nicoletis	**187**	212
Trachélopexie vaginale. — Résultat obtenu, vue de profil. — Procédé de Nicoletis	**188**	212
Trachélorrhaphie. — Opération d'Emmet	**266**	267
Tracteur de Collin pour suspension des fibrômes	**106**	150
Tracteur en spirale de Segond	**302**	303
Trocart de Laroyenne	**22**	43
Trocart à ponction de Kaltenbach	**110**	156
Tube lardoir de Kaltenbach et mode d'articulation	**67**	109
Tube tranchant pour l'évidement des fibrômes	**301**	302

U

Utéroplastie. — Procédé de Doyen. — 1er fil noué	**242**	246
Utéroplastie. — Procédé de Doyen. — 1er fil serré et noué	**243**	246
Utéroplastie. — Procédé de Doyen. — Application du 1er fil	**244**	247
Utéroplastie. — Procédé de Doyen. — Application du 2e fil	**245**	247

V

Valves de Doyen	**117**	161
Valve de Richelot	**314**	309
Valve à crochets de Segond	**312**	309
Valve abdomino-vaginale de Monprofit	**93**	139
Valve de Monprofit en place. (Position de l'utérus à enlever)	**96**	143

TABLE IDÉOLOGIQUE INTERNATIONALE DES MATIÉRES

D'APRÈS LA

CLASSIFICATION DÉCIMALE

Méthode Devey-M. Baudouin.

618.1371.0.8

Chirurgie des Ligaments de l'Utérus.

618.13710.8 1

618.1371.1.8
Ligaments Larges.

618.13711.8 27

618.13711.8.1
Voie abdominale.

618.13711.81 27
618.13711.81.5 27
618.13711.81.6 35
618.13711.81.7 30
618.13711.81.8 38
618.13711.81.98 40

618.13711.8.2
Voie vaginale.

618.13711.82 42
618.13711.82.5 42
618.13711.82.6 47
618.13711.82.7 45

618.13711.8.3
Voie périnéale.

618.13711.83 50
618.13711.83.5 50

618.13711.8.4
Voie sacrée.

618.13711.84 52
618.13711.84.5 52

618.13711.8.7
Voie ano-rectale.

618.13711.87 54
618.13711.87.5 54

168.1371.2.8

Ligaments Ronds.

618.13712.8 3

618.13712.8.1

Voie abdominale.

618.13712.81 14
618.13712.81.6 14
618.13712 81.8 19

618.13712.8.2

Voie vaginale.

618.13712.82 22
618.13712.82.6 22
618.13712.82.8 25

618.13712.8.6

Voie extra-péritonéale.

618.13712.86 3
618.13712.86[≡.2+.5] 3
618 13712.86.6 3
618.13712.82.7 5

618.1371.3.8

Ligaments Utéro-Sacrés.

618.13713.8 55

618.13713.8.1

Voie abdominale.

618.13713.81 55
618.13713.81.6 55

618.13713.8.2

Voie vaginale.

618.13713.82 57
618.13713.82.6 57

618.14.7.8

Chirurgie des diverses parties de l'Utérus.

618.147.6.8

Museau de Tanche.

618.1476.82 248
618.1476.84 267
618.1476.86 238
618.1476.87 269

618.147.7.8

Col de l'Utérus.

618.1477.85 ..... 232, 292, 400
618.1477.86 ..... 260, 274
618.1477.87 282

618.14.8

Chirurgie de l'Utérus à l'état de vacuité.

618.14.80.99[*Renvoi.* Voir : 618.8] 381

618.14.8.1

Voie abdominale.

618.14.81 61
618.14.81[≡14+.4] 88
618.14.81.65 ..... 92, 94
618.14.81.66 ..... 93, 94
618.14.81.67 99
618.14.81.71 134
618.14.81.72 182
618 14.81.73 348
618.14.81.7[≡.5 à 9] 102
618.14.81.76 105
618.14.81.77 121
618.14.81.78 113
618.14.81:791 129
618.14.81.792 111
618.14.81.8 61
618.14.81.8.3 66
618.14.81.93 381
618.14.81.94 86
618.14.81.97 84
618 14.81.99.3 381
618.14.81.99.6 383
618.14.81.99.7 395
618.14.81.99.8 381

618.14.8.2

Voie vaginale.

618.14.82 193
618.14.82.11 203
618.14.82.12 193
618.14.82.1[≡.5+.6] 249
618 14.82.17 226
618.14.82.3 251
618 14.82.4 ..... 231, 263
618.14.82.6[≡.1+.2] 288, 289, 299
618.14.82.64 289
618.14.82.65 299
618.14.82.66 296
618.14.82.67 289
618.14.82.68 ..... 289, 299
618.14.82.7 ..... 285, 305
618.14.82.8 205
618.14.82.833.5 209
618.14.82.833.7 211

618.14.82.833.8 213
618.14.82.91 198
618.14.82.93 278
618.14.82.94 258
618.14.82.95 196
618.14.82.96 245
618.14.82.993 403
618.14.82.994 405
618.14.82.996 407

618.14.8.3

Voie périnéale.

618.14.83.68 359
618.14.83.7 361

618.14.8.4

Voie sacrée.

618.14.84.7 365
618.14.84.8 377

618.14.8.6

Voie extra-abdominale.

618.14.86.8 77

618.8

Chirurgie de l'Utérus gravide.

618.8 381
618.86 383
618.893 403
618.894 405
618.895 400
618.896 407
618.897 395

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES

I. — Table Méthodique des Matières 407
II. — Table Alphabétique des Matières 433
III. — Table des Noms d'Auteurs 446
IV. — Table Alphabétique des Figures 449
V. — Table Idéologique internationale 464

Le Mans. — Typ. et Lith. Ed. MONNOYER. — x-98.